メディカルケアステーション（ＭＣＳ）利用申込書

五所川原市地域包括支援センター所長　　　殿

本事業所において、メディカルケアステーションを利用した情報共有を行いたいので、申し込みます。

令和　　　年　　月　　日

事業所名：

事業所住所：〒

事業所電話番号：

管理者氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

利用者名簿

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | 職種 | 性別 | メールアドレス |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

＊複数のスタッフでのメールアドレスの共有は認められません。

＊医療介護職のみの参加となります。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |