武蔵村山市 MCS 登録申請書

武蔵村山市医師会事務局 御中

申込日：２０　　年　　月　　日

ふりがな
施設名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　施設の種類：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

施 設 住 所：〒　　－

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

全スタッフ数：＿＿＿＿＿＿ 人

申 請 者：(部署・役職)＿＿＿＿＿＿＿＿　(氏名)＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

Ｔ Ｅ Ｌ：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　Ｆ Ａ Ｘ：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

下記の【登録者】は、実際に「MCS」に登録される医療介護連携に携わる方々をご記入ください。

※1【登録者】個別のメールアドレスをご記入ください。１人１メールアドレスで記載願います。

・「MCS」の登録やログインに必要となります。

・施設の代表や医局、部署のメールアドレス等、複数人が現在及び今後共同で使用するメールアドレスでは原則登録不可です。

※2【管理者】欄には、武蔵村山市 MCS に登録する際、管理者権限（新規スタッフ招待、患者登録、グループ作成等の権限）を設定する方に〇印を記載願います。（１施設に１名以上設定可）

◎欄が不足する場合は、コピー等でご対応願います。

No.	ふりがな 登録者	職種	メールアドレス※1	管理者※2
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				