別紙様式 1

**武蔵村山市MCS利用申込書**

**武蔵村山市医師会事務局 御中**

本事業所において、武蔵村山市**MCS**を利用した情報共有を行う事を希望しますので、連携守秘誓約書（別紙様式２）を添えて、登録申請書のとおり申し込みます。

 20 　　　年 　　　月 　　日

事業所名

管理者氏名

**武蔵村山市MCS登録申請書**

**武蔵村山市医師会事務局 御中**

（FAX　042-564-4814）

申込日：２０ 　　年 　　月 　　日

：　　　　　　　　　　　 　　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○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** |  |  |  |  |