**別紙様式３**

**武蔵村山市MCS従事者登録変更通知書**

**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利用者の変更（追加登録・削除）希望するため、以下のとおり通知いたします。

20　　 年 　　　月 　　　日

　　事業所名

　　管理者氏名

：　　　　　　　　　　　　 　　**施設の種類**：

**施 設 住 所**：〒 　　　－

**申 請 者**：（部署・役職）　　　　　　　 　（氏名）

**Ｔ Ｅ Ｌ**：　　　　　　　　 　　　 　 **Ｆ Ａ Ｘ**：

下記に「武蔵村山市MCS」に追加登録された方あるいは削除された方をご記入ください。

氏名欄の（追加登録・削除）のいずれかに○を付けてください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **ふりがな**  **登録者** | **職種** | **メールアドレス** | **管理者** |
| **１** | （追加登録・削除） |  |  |  |
| **２** | （追加登録・削除） |  |  |  |
| **３** | （追加登録・削除） |  |  |  |
| **４** | （追加登録・削除） |  |  |  |
| **５** | （追加登録・削除） |  |  |  |
| **６** | （追加登録・削除） |  |  |  |