

メディカルケアステーション（MCS）利用申込書

大阪市大正区医師会
会長 榎原秀一 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

記

利用者名簿

職 種	氏 名	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セキュリティ上認められません。
上記記載の利用者は全員、MCS の利用規約に同意していることを前提とします。

医療機関・事業所等



医師会

【提出先】

〒551-0031
大阪市大正区泉尾3丁目10番7号
一般社団法人 大阪市大正区医師会
TEL：06-6551-2545 FAX：06-6554-2283