

いつつばし連絡帳利用申込書

いつつばし連絡帳事務局 御中

本事業所において、いつつばし連絡帳（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。

平成 年 月 日

事業所名 _____

事業所住所 〒 _____

事業所電話番号 _____

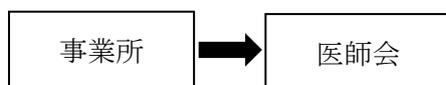
管理者氏名 _____ 印 _____

記

利用者名簿

職 種	氏 名	性別	メールアドレス	管理者 権限

- ※管理者権限欄は事業所ごとの「いつつばし連絡帳管理者」1名に○を入れてください。
(登録時のMCS内の管理者権限は、事業所管理者ならびにいつつばし連絡帳管理者に付与します。)
- ※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。
- ※利用者の追加のお申し込みの場合は、別紙様式1のみご提出ください。



【提出先】
いつつばし連絡帳事務局(岩国市医師会事務局内)
〒740-0021 岩国市室の木町3-6-11
Tel 0827-21-6135 Fax 0827-22-9218