**＜別紙様式１＞**

**MCS（メディカルケアステーション）利用申告書**

（一社）武雄杵島地区医師会事務局　御中

記 入 日　：　令和　　　　年　　　　月　　　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 |  | | |
| 事業所住所 | (〒　　　　－　　　　　　) | | |
| 電話番号 |  | 担当者名 |  |

**○利用申告者記入欄○**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **フリガナ** | **職種** | **MCSに登録した個別のメールアドレス** |
| **お名前** |
| **１** |  |  |  |
|  |
| **２** |  |  |  |
|  |
| **３** |  |  |  |
|  |
| **４** |  |  |  |
|  |
| **５** |  |  |  |
|  |

**利用にあたっては下記に同意することが必要です。同意いただける場合は、□に✓を入れて下さい**

□ 利用にあたっては、当事業所の利用者全員が厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関する  
ガイドライン」および「MCS運用管理規定」、「本運用方針」ならびに関係法令等を遵守します。

**【注意事項】**

１．【利用申告者記入欄】には、１人１メールアドレスでご記入下さい。（施設の代表や部署のメール  
アドレス等、複数人が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．記載されたメールアドレスに「武雄杵島MCS基幹グループ」への招待をお送りしますのでご参加  
下さい。以後は、メールアドレスなしで連携メンバー等の招待・グループ作成が可能となります。

３．欄が不足する場合は、コピー等でご対応をお願いします。

【本申告書提出先および本事業に関するお問合せ先】

(一社)武雄杵島地区医師会事務局

在宅医療・介護連携支援センター　担当：尾形・宮地

TEL：0954-22-3344（担当者直通：080-8566-2104）

FAX：0954-23-2216