

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

<input type="checkbox"/> 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】

- 【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。）
- 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。
- 本申告書は「武雄杵島 MCS 基幹グループ」への参加を希望する場合に提出いただくものです。利用者・ご家族、または基幹グループに所属していない方（例：地区外の関係者など）は、本申告書の対象外となります。※これらの方をグループ等に招待する場合は、個別にメールアドレスによる招待操作を行ってください。
- 欄が不足する場合は、コピー等でご対応をお願いします。

<p>【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</p>
