**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

医師会

事業所