

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。

令和 ○年 ○月 ○日

事業所の種類：  
MCS 区分をご参照ください

施設情報を記載してください

事業所名 ○○病院

事業所の種類 病院

事業所住所 〒○○○-○○○○

山口県○○市○○町○-○-○

管理者の印鑑を  
押印してください

事業所電話番号 0827-○○-○○○○

利用者情報を  
記載してください

管理者氏名 ○○ ○○

印

記

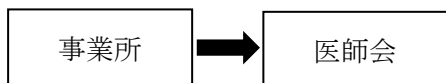
管理者権限：  
最低1名以上設定してください

利用者名簿

職種	氏名	性別	メールアドレス	管理者権限	グループ登録
医師	○○ ○○	男	○○○○○@○○○○○.○○.○○	○	○
看護師	○○ ○○	女	○○○○○@○○○○○.○○.○○		○

職種：MCS 区分をご参照ください  
職種は複数設定できます

- ※管理者権限欄は、事業所ごとの「いつつばし連絡帳管理者」に○を入れてください。  
管理者は、各施設ごとに複数（最低1名以上）設定可能です。  
（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。）
- ※グループ登録欄は、MCS内のいつつばし連絡帳全ユーザーグループに登録する利用者に○を入れてください。
- ※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