**メディカルケアステーション（ＭＣＳ）利用申込書**

**＜別紙様式１＞**

　　国東市在宅医療・介護連携推進運営会議

会長　野　邊　靖　基　様

　本事業所において、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、連携守秘誓約書を添えて申し込みます。

　　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　事業所名：

　　　　　　　　　　　　　管理者氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

記

　利用者名簿

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 職　種 | 氏　　　名 | メールアドレス |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

* 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。

【提出先】

　　〒８７３－０５０３

　　国東市国東町鶴川１４９

　　国東市役所　高齢者支援課

　　国東市在宅医療・介護連携推進運営会議事務局

TEL：０９７８－７２－５１８９

FAX：０９７８－７２－５１７１

医療機関等

国東市在宅医療・介護連携推進運営会議