

メディカルケアステーション（MCS）利用申込書

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 福祉課
国東市在宅医療・介護連携推進運営会議事務局
TEL：0978-72-5164
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