

## メディカルケアステーション（MCS）利用申込書

佐伯市長 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、申し込みます。

令和 年 月 日

事業所名： \_\_\_\_\_

事業所住所： 〒 \_\_\_\_\_

佐伯市 \_\_\_\_\_

事業所電話番号： \_\_\_\_\_

代表者氏名： \_\_\_\_\_

MCS 管理者氏名： \_\_\_\_\_

### 記

#### 利用者名簿

職 種	氏 名	メールアドレス

※ 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。



左の二次元コードを読み取ると、オンラインより  
様式第1号及び第2号の  
申請が行えます。

【提出先】 〒876-0844

佐伯市向島1丁目3番8号

佐伯市地域包括支援センター

Tel 0972-23-1632

Fax 0972-23-1661