（事業所→大阪狭山市）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　<別紙様式１>

大阪狭山市長　様

大阪狭山市メディカルケステーション（ＭＣＳ）利用申込書

　本事業所において、ＭＣＳを利用した情報共有を行いたいので、申し込みます。

　　　　　　　　年 　　　　月　　　 日

　　事 業 所 名

　　所 在 地

　　管理者氏名

　　管理者 E-mail

　利用者名簿

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 職　種 | 氏　名 | 性　別 | 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。

（提出先）〒５８９－８５０１

大阪狭山市狭山１丁目２３８４－１

大阪狭山市役所　健康福祉部高齢者福祉グループ

℡　 ０７２－３６６－００１１

Fax　０７２－３６６－９６９６

Mail kaigo@city.osakasayama.osaka.jp