**「いなべ地域ケアネット」利用申込書**

**＜様式１＞**

　　令和　　　年　　　月　　　日

いなべ在宅医療多職種連携推進協議会　あて

　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所等名：

事業所等所在地：〒

　　　　　　　　　　　　　　　　　　管理者氏名：　　　　　　　　　　　　　　　 　 印

事業所等連絡先：

　本事業所において、「いなべ地域ケアネット」を利用した情報共有を行いたいので、下記のとおり

申し込みます。

記

　【MCS利用者名簿】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 | 職　種 | メールアドレス | MCS管理者  の場合は○ |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

※ 個人持ちの機器は使用せず、所属事業所の機器をお使いください。

※ 複数スタッフで機器の共有はできますが、メールアドレスはセキュリティ上共有できません。

※ 上記記載のMCS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。

※ MCS管理者を１事業所に１名以上設置します。MCS管理者欄に○印を記載してください。

【提出先】

○いなべ市在宅医療介護連携支援センター

〒511-0498　いなべ市北勢町阿下喜31

　　　Tel ０５９４－８６－７８１９

　 　 Fax ０５９４－８６－７８６５

○東員町在宅医療介護連携支援センター

〒511-0295　員弁郡東員町山田1600

　　　Tel ０５９４－８６－２８２３

　 　Fax ０５９４－８６－２８５１

事業所等

在宅医療介護連携支援センター