**別紙様式1**

**しんげんネット参加申込書**

**甲府市医師会**

**会長　星　野　和　實　殿**

　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（しんげんネット）に参加したいので、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

　参加希望者名簿（欄が足らない場合は別紙にご記入下さい）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ※ | 職　　種 | 氏　　　名 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  | 【提出先】　FAX提出可  　〒400-0031 甲府市丸の内2-37-7  　甲府市医師会在宅医療相談室  　　Tel 055-220-6035  Fax 055-220-6035 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

* MCS管理者に○印（１名以上）

※※各自のメールアドレスは別途医師会よりメール送付されるエクセルファイル（別紙様式１e）にて一括してメールにて送付いただきます。