

メディカルケアステーション利用申告書

一般社団法人岡山市医師会事務局 御中

申込日：（西暦） 年 月 日

事業所名： _____
〒 _____

事業所住所： _____

利用者数： _____ 人 担当者名： _____

TEL： _____ メールアドレス： _____

メディカルケアステーションを利用する方をご記入ください。（こちらを元に「**岡山市全ユーザーグループ**」、「**訪問診療支援グループ(医師のみ)**」に招待します。）

★ 登録者：

No.	ふりがな お名前	職 種	メールアドレス
1	-----		
2	-----		
3	-----		
4	-----		
5	-----		

利用にあたっては下記に同意することが必要です。同意いただいた場合は口✓を入れてください。

利用にあたっては、当事業所利用者全員が厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」および「MCS運用管理規定」、「本運用方針」や関係法令等を遵守します。

【注意事項】

- ・【登録者】欄には、MCSに登録した個別のメールアドレスをご記入ください。1人1メールアドレスで記載願います。（施設の代表や医局、部署のメールアドレス等、複数人が現在及び今後共同で使用するメールアドレスでは原則 登録不可です。）
- ・記載したメールアドレスに「岡山市全ユーザーグループ」への招待をお送りしますのでご参加ください。また、医師は「訪問診療支援グループ」への招待をお送りしますのでご参加ください。
- ・欄が不足する場合は、コピー等でご対応願います。

【提出先及び担当】

一般社団法人岡山市医師会事務局
 TEL：086-201-1188
 FAX：086-201-1021
 Email: okayamaocma@ocma.or.jp