**＜別紙様式１＞**

「虹ねっとcom」**利用申込書**

　　一般社団法人　**豊中市医師会**

**会長　　様**

　本事業所において、虹ねっとcom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：　〒

電話番号(事業所)：

　　　　　管理者氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

記

　利用者名簿

※虹ねっとcom管理者（事業所の責任者及び管理者権限を付与された職員）は、管理者欄に“◎”をつけてください。（一事業所に複数でも可）。

※すでにMCSのアカウントを取得済みの方は、MCS登録有欄に“△”をつけてください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 管理者 | 職種 | 氏　　　名 | 性別 | メールアドレス | MCS登録有 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

* 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。
* この利用申込書は、初回時は、押印のうえ医師会にご提出をお願いいたします。あわせて、

この利用申込書(word)を添付して、[医師会tynk-c@toyonaka.osaka.med.or.jp](mailto:医師会tynk-c@toyonaka.osaka.med.or.jp)にお送りください

(入力ミスを防ぐため)。管理者が同じで、利用者を追加する場合は、利用申込書(woｒd)のみを

医師会までメール送信してください。

【提出先】〒560-0012 豊中市上野坂２－６－１

一般社団法人　豊中市医師会

Tel 06-6848-1671　 Fax 06-6848-1526

mail:tynk-c@toyonaka.osaka.med.or.jp

t

医師会師会

医療機関等