**＜別紙様式１-１＞**

「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**

　虹ねっとcomの利用にあたり、「虹ねっとcom運用ポリシー」および「MCS運用管理規定」、その他法令等の

内容に同意の上、申込いたします。

　　　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：

記

　利用者名簿

MCS(メディカルケアステーション)に新規登録手続を完了した上でお申込みください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 管理者 | 職種 | 氏　　　名 | メールアドレス |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

※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。

※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(word)を添付して、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)。

【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