**＜別紙様式１＞**

**しんげんネット参加申込書（メール申込のみ）**

一般社団法人　甲府市医師会　在宅医療相談室　宛て

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申込日： | （西暦） |  | 年 |  | 月 |  | 日 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **事業所名：** | |  | | | | |
| **事業所住所：** | | **〒 　　　　－** | | | | |
|  | | | | |
| **事業所責任者名：** | |  | | | | **事業所T E L**： |
| **代表メールアドレス：** | |  | | | | |
| **紹介いただいた方の事業所名：** | | |  | | | |
| **★ 登録者：** | | **＊事前にご自身でMCSへご登録していただきますようお願いいたします。**  **＊MCSに登録したメールアドレスを個別で下記にご入力ください。** | | | | |
| **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していただく必要がございます。同意いただいた場合は□✓を入れてください。**

**□**しんげんネット利用にあたっては、**「MCSへの登録を完了」**し**「ＭＣＳ運用管理規定」、「しんげんネット運用ポリシー」、「しんげんネット参加に係る連携守秘誓約書」や関係法令等を遵守します。**

**【注意事項】**

**・必ず事業所責任者の了承を得てお申込みください。**

**・記載したメールアドレスに「しんげんネット全ユーザーグループ」「空床情報」「よろず相談」への招待をお送りしますので招待をお受けください。それにより、しんげんネットに入る事ができます。**

【提出先及び担当】

一般社団法人甲府市医師会　在宅医療相談室

TEL：055-220-6035

FAX：055-220-6035

Email: kzaitaku@eps4.comlink.ne.jp