

絆ネットところ（MCS）利用申込書

所沢市医師会
会長 京谷 圭子 殿

本事業所において、絆ネットところ（MCS）を利用した情報共有を行いたいので、申し込みます。

平成 年 月 日

事業所名：_____

事業所住所：〒_____

事業所電話番号：_____

管理者氏名：_____ 印

記

利用者名簿

職 種	氏 名	性別	メールアドレス

※ 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。

【提出先】一般社団法人 所沢市医師会

所沢市医療介護連携支援センター

〒359 - 0025 所沢市上安松 1224 - 1 保健センター内

TEL 04 - 2902 - 6104 FAX 04 - 2902-6105

E-mail ; t-renkei@tokorozawa.saitama.med.or.jp

事業所



所沢市医師会