**＜別紙様式１＞**

**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： |
| **Ｔ Ｅ Ｌ　：** |  | **メールアドレス：** |  |
| **★ 登録者：** | 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。） |
| **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□✓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