

メディカルケアステーション（MCS）利用申込書

あ・うんネット周南MCS申込事務局 御中

申込日 年 月 日

メディカルケアステーション（MCS）を利用した患者支援を行いたいので、申し込みます。

事業所名： _____ ※事業所名をMCS登録名にしてください。

〒 _____

事業所住所： _____

代表者名： _____

電話番号： _____ メールアドレス： _____

登録者名： 代表者を含め、メディカルケアステーション（MCS）を利用する方を全てご記入ください。

No.	ふりがな 氏名	職種	No.	ふりがな 氏名	職種
1			4		
2			5		
3			6		

◆事務局より、代表者のメールアドレスに「あ・うんネット周南」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。

※利用にあたっては注意事項への同意が必要です。同意いただいた場合は口に✓を入れてください。

- 患者支援は事業所単位での申込みとします。患者支援の利用を希望される場合は、本利用申込書をあ・うんネット周南MCS申込事務局まで、メールにてご提出ください。
- 【守秘義務】患者支援を利用する場合には、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」及び「MCS運用管理規定」、「あ・うんネット周南MCS運用方針」や関係法令等を遵守します。
- 【患者同意】医療用SNSによる患者情報の共有について、本人から書面にて同意を得ます。（現在の事業所での使用様式に手段の一つとして追加等）
- 【個人情報管理】個人情報の管理は事業所責任とし、あ・うんネット周南事務局（周南市）やMCS申込事務局に対して、個人情報漏洩に関する一切の責任を問いません。
- 患者グループを作成する場合には、支援関係者（連携メンバー）の代表者が患者名をあ・うんネット周南MCS申込事務局まで、メールにてご連絡ください。

【提出先】

あ・うんネット周南MCS申込事務局
周南市在宅医療・介護連携支援センター
TEL：（0834）27-4835
Email：zaitakusien62@muse.ocn.ne.jp