

MC ネット利用申請書（兼セキュリティ対策同意書）

標記の件、下記の通り申請および同意いたします。

（ ふ り が な ） ：
 施 設 等 名 称 ：
 担 当 者 名 ：
 連 絡 先 電 話 番 号 ：

1	事業所名	
	サービス種別	
	個人名（医師/ケアマネ）	
	住所	〒
	メールアドレス（登録/利用に使用）	
	電話番号	
2	事業所名	
	サービス種別	
	個人名（医師/ケアマネ）	
	住所	〒
	メールアドレス（登録/利用に使用）	
	電話番号	
3	事業所名	
	サービス種別	
	個人名（医師/ケアマネ）	
	住所	〒
	メールアドレス（登録/利用に使用）	
	電話番号	
・医師とケアマネは、お1人につき1ユーザーの登録をお願いいたします。 ・医療機関の連携室、サービス事業所は1事業所1ユーザーでお願いいたします。 ・メールアドレスは、同一法人であってもユーザーごとにメールアドレスを登録してください。 ・4ユーザー以上お申込みの場合は、裏面をご使用ください。		

私どもは、MCネットを利用するにあたり、利用するコンピューターに必ずセキュリティ対策ソフトをインストールし、定期的にアップデートを行うことまた、利用するユーザーに対し、プライバシーの保護に十分留意することを義務付けることに同意します。

平成 年 月 日

代表者氏名 _____ (印)

申込み/問合せ先
 上越医師会 在宅医療推進センター
 〒943-8555 上越市春日野 1-2-33
 TEL:025-520-7500 FAX:025-520-8686

裏面

4	事業所名	
	サービス種別	
	個人名（医師/ケアマネ）	
	住所	〒
	メールアドレス（登録/利用に使用）	
	電話番号	
5	事業所名	
	サービス種別	
	個人名（医師/ケアマネ）	
	住所	〒
	メールアドレス（登録/利用に使用）	
	電話番号	
6	事業所名	
	サービス種別	
	個人名（医師/ケアマネ）	
	住所	〒
	メールアドレス（登録/利用に使用）	
	電話番号	
7	事業所名	
	サービス種別	
	個人名（医師/ケアマネ）	
	住所	〒
	メールアドレス（登録/利用に使用）	
	電話番号	
8	事業所名	
	サービス種別	
	個人名（医師/ケアマネ）	
	住所	〒
	メールアドレス（登録/利用に使用）	
	電話番号	
9	事業所名	
	サービス種別	
	個人名（医師/ケアマネ）	
	住所	〒
	メールアドレス（登録/利用に使用）	
	電話番号	
10	事業所名	
	サービス種別	
	個人名（医師/ケアマネ）	
	住所	〒
	メールアドレス（登録/利用に使用）	
	電話番号	