

M C S グループ登録依頼書

日付 _____ 年 月 日

患者様のMCS（メディカルケアステーション）
グループへの参加招待を、以下の通りお願いいたします。

① 参加希望の患者名	
② 参加招待の氏名	(事業所での参加希望 <input type="checkbox"/>)
③ 所属先	
④ 招待方法	<input type="checkbox"/> MCSアカウントで招待（すでに利用している場合） <input type="checkbox"/> メールで招待（MCSを使っていない場合）
登録アドレス	@

枠内をご記入の上、下記までFAXをお願いいたします。

送信先	0 4 2 2 - 7 0 - 3 0 5 1
-----	--------------------------------

医療法人社団 医輝会 東郷医院
理事長 東郷 清児
電話 0422-70-3050

