



おおさき地区医介連ネットワークシステム利用申込書および誓約同意書

大崎市医師会  
会長 鎌田 修二 殿

本事業所において、「おおさき地区医介連ネットワークシステムの運用ポリシー及び運用ルール」を遵守し、MCSを利用する事業所及び利用者としての責任を理解の上、利用申し込み及び誓約いたします。

申し込み及び誓約日 令和 年 月 日

事業所名： \_\_\_\_\_

郵便番号：〒 \_\_\_\_\_ 住 所： \_\_\_\_\_

電話番号： \_\_\_\_\_

申請代表者 氏名： \_\_\_\_\_ 印

記

- 1 施設の種類（別表1より選び記入すること）（ \_\_\_\_\_ ）
- 2 申込者情報（職種は別表2より選び記入すること）用紙が不足の場合複数枚で申請する。

NO	登録日	(ふりがな) 氏 名	職種	MCS ID (登録メールアドレス)	管理者 (該当者に○)
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

※利用者の登録に関しては、本紙をもっておおさき地区医介連ネットワーク運営委員会が把握できるものとし、事業所管理者の変更や従業者の把握が困難になった場合は、本届け出を再提出するものとする。

**【提出先】** 〒989-6136  
 大崎市古川穂波6丁目30-35  
 大崎市在宅医療・介護連携支援センター  
 Tel 0229-25-5376  
 Fax 0229-25-5378  
 E-mail shien17@vesta.ocn.ne.jp

<別表 1 >

施設の種類

番号	施設名	番号	施設名
1	病院	8	介護老人福祉施設
2	医科診療所	9	介護老人保健施設
3	歯科診療所	10	グループホーム
4	訪問看護ステーション	11	有料老人ホーム
5	調剤薬局	12	その他の介護保険施設
6	地域包括支援センター	13	介護保険サービス事業所
7	居宅介護支援事業所	14	行政

<別表2>

職種

番号	職種	番号	職種
1	医師	23	臨床心理士
2	歯科医師	24	診療放射線技師
3	歯科衛生士	25	臨床検査技師
4	薬剤師	26	臨床工学士
5	看護師	27	はり師
6	准看護師	28	きゅう師
7	介護支援専門員	29	あん摩マッサージ指圧師
8	管理栄養士	30	柔道整復師
9	栄養士	31	助産師
10	理学療法士	32	救急救命士
11	作業療法士	33	看護助手
12	言語聴覚士	34	施設職員
13	視能訓練士	35	歯科助手
14	社会福祉士	36	歯科技工士
15	精神保健福祉士	37	衛生管理者
16	介護福祉士	38	心理カウンセラー
17	訪問介護員・ヘルパー	39	産業カウンセラー
18	義肢装具士	40	診療情報管理士
19	保健師	41	医療事務
20	医療ソーシャルワーカー	42	医師会職員
21	医療コーディネーター	43	地方自治体職員
22	相談支援専門員	44	その他