**誓約同意書**

**＜別紙様式３＞**

私は、「メディカルケアステーション（ＭＣＳ）利用に係る連携守秘誓約書」、「メディカルケアステーション（ＭＣＳ）利用に係る連携情報保持に関する誓約書」に基づき、「一般社団法人朝霞地区医師会　ＭＣＳ運用ポリシー」と各種関連ガイドラインを遵守し、ＭＣＳを利用する施設、ＭＣＳ利用者としての責任を理解の上、誓約致します。

**誓約日：令和　　　　　年　　　　月　　　　日**

**事業所名**

**〒　　　　　－**

**事業所所在地**

**ＴＥＬ　　　　　　　（　　　　　）　　　　　　／　　ＦＡＸ　　　　　　（　　　　　）**

**管理者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印**

**利　用　者**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № | 登録日 | （ふりがな） | 職種 | 印  登録時のみ |
| 解除日（資格喪失日） | 氏名 | メールアドレス |
| 1 |  |  |  |  |
|  |  |
| 2 |  |  |  |  |
|  |  |
| 3 |  |  |  |  |
|  |  |
| 4 |  |  |  |  |
|  |  |
| 5 |  |  |  |  |
|  |  |
| 6 |  |  |  |  |
|  |  |
| 7 |  |  |  |  |
|  |  |
| 8 |  |  |  |  |
|  |  |
| 9 |  |  |  |  |
|  |  |
| 10 |  |  |  |  |
|  |  |

※利用者の登録・解除に関しては、本紙をもって医師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、本届出を再提出するものとする。

提出先（原本を下記住所宛にお送りください）

朝霞地区医師会地域包括ケア支援室

〒351－0104　埼玉県和光市南1－23－1和光市総合福祉会館2階

電話048(465)6575

《提出フロー》

医師会

事業所

従業者