

武蔵村山市 MCS 従事者登録変更通知書

武蔵村山市医師会事務局 御中

本事業所において、武蔵村山市 MCS 利用者の変更（追加登録・削除）希望するため、以下のとおり通知いたします。

20 年 月 日

事業所名 _____

管理者氏名 _____

施設名：^{ふりがな} _____ 施設の種類： _____

施設住所：〒 _____

申請者：(部署・役職) _____ (氏名) _____

TEL： _____ FAX： _____

下記に「武蔵村山市 MCS」に追加登録された方あるいは削除された方をご記入ください。
氏名欄の（追加登録・削除）のいずれかに○を付けてください。

No.	ふりがな 登録者	職種	メールアドレス	管理者
1	(追加登録・削除)			
2	(追加登録・削除)			
3	(追加登録・削除)			
4	(追加登録・削除)			
5	(追加登録・削除)			
6	(追加登録・削除)			