**MCS に登録をご希望の方は必要事項をご記入の上、**

**下記にメールまたは FAX にてお送りください。**

**ご不明な点などございましたらお電話下さい。**

MCS 登録後に「小金井市医療介護連携グループ」にご招待いたします。

小金井市在宅医療・介護連携推進室 （小金井市医師会内）

E メール：renkeishitsu@koganei-med.or.jp

電話：０４２－３１６－４６３０

所属機関名：

連絡先：

| 氏名(ふりがな) | 職種 | Eメール |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |