**所属施設変更届**

**ご確認、ご了承事項**

**下記の注意事項に同意の上、「2. ご依頼に必要な項目」をご記入しご返信・ご提出ください。**

１．現在所属している施設で作成された患者グループがある場合、引き継ぎができませんのでご了承下さい。

招待を受け参加した患者グループや自由グループは引き続きご利用いただけます。

２．今まで「職場の情報共有」に投稿したメッセージは見られなくなります。

３．記入いただいた「役職」は未記入の状態に戻ります。個人プロフィールから改めて設定してください。

４．移動前後の施設に所属されているスタッフの皆さまに、移動する旨ご了承いただいた後に弊社にご連絡お願いいたします。

５．参加されている患者グループや自由グループで、ご自身が唯一の管理者の場合は必ず別のユーザーを管理者に変更してください。

変更せずに申請いただくと、該当のグループは消去されることがあり復元出来ません。

確認方法は退会の手順を途中まで進めていただくことで確認出来ます。（確認方法： https://bit.ly/3cqybuw )

弊社では医療情報を扱うグループに直接アクセスすることは出来ないため、ご協力をお願いいたします。

上記了承いただくことを確認のうえ、作業に移らせていただきます。

**ご依頼に必要な項目**

令和　　年　　月　　日

施設変更者

氏名:

MCS登録メールアドレス:

性別:

現在登録施設

施設名：

住所: 〒

電話番号:

変更登録施設

施設名：

住所: 〒

電話番号:

変更先施設管理者名：

変更先施設管理者のMCS登録メールアドレス：