**MCSご利用アカウント完全削除**

**お申込み用紙**

この度は、ご連絡いただきありがとうございます。

下記フォームに必要事項を明記の上、弊社サポートデスクまでメールにてお申し込みください。

※入力間違いの無いよう、ご記入の際は十分ご注意ください。

|  |  |
| --- | --- |
| ご依頼日 |  |
| MCS登録施設名 |  |
| 完全削除するユーザ氏名 |  |
| 完全削除するユーザの登録メールアドレス | @ |

### ※依頼者がご本人と異なる場合、下記事項をご記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 所属施設名 |  |
| 依頼者 |  |
| 依頼者のメールアドレス | @ |
| 完全削除するユーザに下記確認事項について了承いただきましたか？ |  |

### **【重要】アカウント完全削除に伴い、下記についてご了承いただいた上で削除の作業を致します。**

* ご登録されていたユーザID（メールアドレス）とパスワードでMCSにログインができなくなり、今まで投稿された内容をご確認頂けなくなります。

　　　 （職場の情報共有、患者グループ、自由グループのメンバーから削除されます。）

* これまでの投稿メッセージは「医療・介護関係者」というユーザ名で残ります。