



**FAX 0985-27-6550**

宮崎県医師会 地域医療課行

## 女性医師メーリングリスト

### 申込書

なお、ご記入いただいた情報は、女性医師メーリングリストの運営及び女性医師の各種支援事業にのみ利用します。 【宮崎県医師会】

ご記入日 年 月 日

氏名	フリガナ
E-mailアドレス <small>※登録されたメールアドレスのみML をご利用できます。 ※複数のアドレスを登録する事が 可能です。</small>	_____ _____
医療機関等について	(該当の項目に☑をご記入ください)  <input type="checkbox"/> 勤務している <input type="checkbox"/> 勤務していない <small>※勤務されている方はご記入ください。</small> 勤務先の市町村 _____ 医療機関名 _____ 診療科目 _____

※メールでお申込みをされる場合は、下記のアドレスに送付ください。

E-mail : [wdr-admin@miyazaki.med.or.jp](mailto:wdr-admin@miyazaki.med.or.jp)

※お問い合わせは、県医師会／山本 (TEL:0985-22-5118) まで。

-----  
管理者記入欄(記入しないでください)

事務局受付日	年 月 日	担当者	
登録メールアドレス	_____ _____		
登録日	年 月 日	登録番号	