※この用紙は宮崎県医師会ホームページからも　ダウンロードできます。

宮崎県医師会 　FAX： 0985-27-6550

マタニティ白衣貸出　利用申込書

マタニティ白衣貸出のお申込みをいただきましてありがとうございます。

必要事項をご記入のうえ、メールまたはFAXにて本会にご提出ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 申込年月日 | 　　　年　　　月　　　日 |
| ふりがな氏名 |  |
| 自　宅　住　所 | 〒 |
| 電話番号 | ☎＊産休取得中も連絡が取れる電話番号をご記入下さい。 |
| メールアドレス |  |
| 出産予定日 | 　　　 年　　　月　　　日予定 |
| 利用予定期間 | 　 　　年　　　月　　　日～　 　年　　月　　日まで＊返却予定日となります。 |
| 勤務先 | （勤務先名）（診療科） |
| 受取方法の希望 | 1　宮崎県医師会で直接受け取る2　郵送または宅急便で受け取る　　　ご自宅　　or　 勤務先 |
| 当会からの各種セミナー等女性医師関連のご案内 | 希望する　・　希望しない |

※ご利用期間終了後は2週間以内に宮崎県医師会までお持ちいただくか、お送り下さい（送料はご負担下さい）。

※ご質問等ございましたら、本会にお気軽にご連絡ください。