

宮崎県医師会経理課（渡邊・松本）行
FAX・0985-27-6550

第2回ふれあいパーティ 申込書

ふりがな 氏名	
生年月日	昭和 平成 年 月 日
性別・年齢	男性・女性 (歳)
勤務先名	
携帯電話番号	
E-mail	

(重要)

※申込受付後、事務局から確認のご連絡をいたします。
3日以内に連絡がない場合は再度ご連絡ください。

受付日		受付番号	
-----	--	------	--