※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。 |
| サイズ・種類※在庫を確認し、貸出の可否をメール等でご連絡します。 | ・Sサイズ長袖(着丈90 バスト112 肩幅38 袖丈51)・Sサイズ半袖・Mサイズ長袖 (着丈95 バスト116 肩幅39 袖丈51)・Mサイズ半袖 |
| 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 |
| この事業をどのように知りましたか？※差し支えなければ（）内をご教示ください。 | １　県医師会からご本人様宛のご案内　２　病院からのご案内３　医会からのご案内（医会名：　　　　　医会）　４　女性医師からの紹介(　　　　　　　　　　　　　　　　　)５　その他：（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

※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。