

FAX 送信先：028-624-5988

栃木県医師会在宅療養支援診療所・病院連絡会 入会申込書

申し込み年月日：20 年 月 日

フリガナ	姓	名	
氏名	姓	名	
生年月日	19 年 月 日	性別	男・女
所属機関名			
所在地	〒 — —		
TEL	— —		(内線 )
FAX	— —		
e-mail			

◆メールリングリスト登録 e-mail◆

*	e-mail	
---	--------	--

◆データベース利用申込み◆

栃木県在宅療養支援診療所・病院連絡会データベースの利用登録について	希望する・希望しない
-----------------------------------	------------

※希望する・希望しないのどちらかを○で囲んでください。

※データベースのご利用は、在宅療養支援診療所・病院のみになります。

\*当団体での連絡は、原則電子メール（会報での書面連絡も行いますが）になります。入会とともに連絡会メールリングリストへの自動登録となりますので、宜しくお願い申し上げます。