

## 入会申込書

新見市ドクターネットワーク 御中

年 月 日

貴会の趣旨に賛同し、下記のとおり入会を申し込みます。

フリガナ		生 年	昭和
氏 名		月 日	平成 年 月 日
自宅住所	〒 ー TEL: ( )		
勤務先 (就学先)		職名	
勤務先 (就学先) 住 所	都・道・府・県 TEL: ( )		
E-mail			
出身地	都・道・府・県 市・町・村		
紹介者名	様 (紹介して下さった方の名前)		
紹介者住所			
本人確認の有無	※紹介者の場合 有 ・ 無		

(注) ご住所、お名前などの個人情報は、新見市ドクターネットワークの事業で使用するもので、新見市ドクターネットワーク以外には利用しません。

○ 会報等の書類の送付先

自宅・勤務先 (ご希望の送付先に○印をお付けください)

◇入会申込

入会申込書に必要事項を記入して、下記宛にメール、FAX又は郵送してください。

(メールでの申し込みの場合は、新見市のホームページの新見市ドクターネットワークの入会案内をご覧ください。)

◇申込・問い合わせ

新見市ドクターネットワーク事務局 (新見市健康医療課地域医療係内)

〒718-8501 岡山県新見市新見310-3

TEL:0867-72-6130 FAX:0867-72-6613

E-mail: chiiki-iryuu@city.niimi.lg.jp