

(様式10)

兵庫県神経難病医療情報メーリングリスト参加申込書

神経難病医療ネットワーク支援協議会 御中

団体名

代表者名

印

兵庫県神経難病医療情報メーリングリストに下記の者の参加を申し込みます。
参加にあたっては、「兵庫県神経難病医療情報メーリングリスト規約」及び「メーリングリスト参加ガイドライン」を遵守することを誓約します。

記

1	所属名	
	所属区分	医療機関・訪問看護ステーション・行政・その他()
	氏名(ふりがな)	()
	役職(職種)	()
	登録メールアドレス	
	電話番号	
2	所属名	
	所属区分	医療機関・訪問看護ステーション・行政・その他()
	氏名(ふりがな)	()
	役職(職種)	()
	登録メールアドレス	
	電話番号	
3	所属名	
	所属区分	医療機関・訪問看護ステーション・行政・その他()
	氏名(ふりがな)	()
	役職(職種)	()
	登録メールアドレス	
	電話番号	

* 所属名は 課(科)等までご記入ください。

* 電話番号はダイヤルインではない時は内線番号までお書きください。

* 申し込みが3名以上の場合は、複写してお使い下さい。サーバー容量の関係上、登録者を制限させていただく場合がありますので、優先順位の高い方からご記入ください。