　那覇市医師会宛　FAX：８６７－３７５０　　　　　　　　　　　　　　　　　那覇市医師会　広報委員会

**会員名簿　調査書**

**下記、掲載予定内容をご確認いただき、太枠内をご記入のうえ、必ずご返信ください。**

|  |
| --- |
| 掲載内容については、10月2日付で各会員の先生方へ送付しておりますので、  送付いたしました資料をご確認いただき、下部太枠内をご記入のうえご返信ください。 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | | 施設名 | |  | |
| **＜掲載内容について＞　　※下記いずれかにチェック「✓」を入れてください。**  □ 上記内容と同様の掲載でよい  □ 更新内容あり　　 ⇒　変更項目のみ下記にご記入ください。 | | | | | | |
| **＜顔写真の更新について＞　※下記いずれかにチェック「✓」を入れてください。**  □ 更新を希望する　 ⇒　写真データを医師会事務局までメール（[nahaishi@naha-med.or.jp](mailto:nahaishi@naha-med.or.jp)）、  または郵送・集配にてお送りくださいますようお願い申し上げます。  　　　　　　　　　　　　　※写真原本提出の場合は、縦4cm×横3cmサイズで裏面に氏名をご記入ください。  □ 更新を希望しない ⇒　前回発刊時に使用した写真（前回発刊以降の新入会員は入会時の写真）を  使用させていただきます。 | | | | | | |
| 生年月日 | T・S・H　　　　年　　　月　　　日 | | 班名 | | 班 | |
| （ﾌﾘｶﾞﾅ）  法人名 |  | | | | | |
| 施設名 |  | | | | | |
| 施設住所 | 〒 | | | | | |
| ＴＥＬ |  | | ＦＡＸ | |  | |
| E-mail |  | | | | | |
| 出身大学 |  | | 卒業年度 | | S・H　　　　　年 | |
| 趣味  ※最大4つ |  |  | |  | |  |
| 特記事項  (100文字以内) |  | | | | | |