**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、9月18日付で各会員の先生方へ郵送にてお送りしておりますので、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）、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 | 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・R　　　　　年 |
| 趣味※最大4つ |  |  |  |  |
| 特記事項 | **(100文字以内)** |