**顔写真付き会員名簿調査表**

**別紙①**

**＜2019年度版 掲載予定内容＞　会員情報（令和元年10月現在）**

|  |
| --- |
| 法人名：  施設名：  氏　名：生年月日：　　所属班名：  所在地：〒  ＴＥＬ：　　ＦＡＸ：　　ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ：  出身大学：　　卒業：  診療科目：  趣　　味： |

※掲載する顔写真については前回使用の写真（前回発刊以降の新入会員は入会時の写真）を使用予定ですが、

更新を希望する場合は、事務局へ写真データをメールにて送付、または本紙に貼り付けてご郵送ください。↓

※診療に関する特記事項がある場合は、下記「診療に関する特記事項」欄に追記ください。

**更新用顔写真**

※ 顔写真の裏に施設名・お名前を記入し、貼り付けしてください。

（縦4cm×横3cm）

追加・変更がない場合、前回掲載した内容を掲載させていただきますのでご了承ください。

**①上記、掲載内容について追加・変更はありますか。**

**□** 上記内容と同様で良い（顔写真も変更なし）

**□** 追加・変更箇所あり ⇒　下記②に変更箇所のみご記入の上、ご返送ください。

**②掲載内容の追加・変更箇所について、該当項目のみ下記にご記入ください。**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 法人名･施設名 |  | | 所属班名 |  | |
| フリガナ  氏名 |  | 生年月日 | 明治・大正  昭和・平成　　　 年　　　月　　　日 | | |
| 所在地 | 〒　　　- | | | | |
| ＴＥＬ |  | ＦＡＸ |  | | |
| メール |  | | | | |
| 出身大学 |  | | 卒業年度 | | 昭和  平成　　　 　年　　　　月 |
| 趣味  （5つまで） |  | | | | |
| 診療科目  （10科目まで） |  | | | | |
| 診療に関する  特記事項  （150字まで） |  | | | | |

**那覇市医師会宛　FAX：８６７－３７５０　ﾒｰﾙ：nahaishi@naha-med.or.jp**