

## 医師会メールアカウント登録申込書

以下の通り申し込みます。

所属 医師会名	医師会	申込年月日	年 月 日					
ふりがな								
お名前	(印)							
ローマ字								
ふりがな								
ご住所	(〒 )							
連絡先	電話番号	— —	FAX番号					
医療機関 名あるいは 勤務先 名	ふりがな							
	名 称							
	ふりがな							
	所在地	(〒 )						
	電話番号	— —	FAX番号					
ご希望 メール アカウント	第1希望							ID及びパスワードは6文字以上8文字以内とし、使用できる文字は小文字のアルファベット及び、0～9までの数字とします。尚、最初の1文字についてはアルファベットのみで、数字は使用出来ません。
	第2希望							
	第3希望							
メールパスワード								

メールパスワードについては数字を1文字以上含めて下さい。

### 都市医師会記入欄

受付番号：	メールアカウント：	メールアドレス：
-------	-----------	----------

### 県医師会記入欄

受付番号	
受付年月日	

### 県医師会（管理者記入欄）

受 付：	登 録：	通 知：
------	------	------