一般社団法人 西淀川区医師会

**『に～よん医療ネット協議会』**

**ID〔 追加・変更・停止 〕申請書**

※　e-mailは任意です。に～よん医療ネットに関するお知らせ（メンテナンス予定など）を配信致します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 届出内容 | 追加　　・　　変更　　・　　停止 | | |
| ( ふりがな )  申請者氏名 |  | | |
| 生年月日 | Ｓ  Ｈ　　　　年　　　　月　　　　日 | 性別 | 男　　・　　女 |
| 職種 |  | e-mail |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 届出内容 | 追加　　・　　変更　　・　　停止 | | |
| ( ふりがな )  申請者氏名 |  | | |
| 生年月日 | Ｓ  Ｈ　　　　年　　　　月　　　　日 | 性別 | 男　　・　　女 |
| 職種 |  | e-mail |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 届出内容 | 追加　　・　　変更　　・　　停止 | | |
| ( ふりがな )  申請者氏名 |  | | |
| 生年月日 | Ｓ  Ｈ　　　　年　　　　月　　　　日 | 性別 | 男　　・　　女 |
| 職種 |  | e-mail |  |

(注) 記入いただく内容等については、協議会に係わる事項にのみ使用し、協議会以外の目的では

使用しません。

申込先および問い合わせ先：〒555­0034　大阪府大阪市西淀川区福町3丁目2番39号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 社会医療法人愛仁会　千船病院　地域医療科内

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　に～よん医療ネット協議会 事務局　宛

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　TEL (06) 6471-3011 　FAX (06) 6471-3012

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　e-mail ： ni-yon@chp.aijinkai.or.jp