

# 女性医療ネットワーク 会員登録用紙

● 記入日： 20 年 月 日☒

● 参加形態：  個人会員  法人会員  賛助個人会員  賛助法人会員

(ふりがな)

● 氏名：

● 診療科・専門領域または得意分野：

● 現在の所属： 施設名  
部署名  
役職  
所在地 (〒 - )

TEL  
FAX  
ホームページURL

● 連絡先 (※ニュースレター等のご連絡先 (送付先) が上記と異なる場合はご記入下さい)：  
住所 (〒 - )

TEL  
FAX

● e-mail：

● ホームページでの公開：  
 全て可能  
 一部可能 ※可能なものにチェックして下さい (  名前  専門分野  所属先 )  
 不可能

● 生年月日：19 年 月 日

● 主な履歴：  
.  
.  
.  
.  
.

● 会員専用のメーリングリストに登録： する  しない  
登録用メールアドレス ( )

● メッセージ、今後の抱負など：