

FAX送信先 : 南部地区医師会 098-851-8842

令和 年 月 日

「なんぶ連携ネット」メーリングリスト登録申請書

下記のメールアドレスを(新規登録 ・ 変更 ・ 削除)いたします。

登録者名	<input type="checkbox"/> 個人 <input type="checkbox"/> 施設・事業所	職種	
所属機関名			
所在市町村名	<input type="checkbox"/> 糸満市 <input type="checkbox"/> 豊見城市 <input type="checkbox"/> 南城市 <input type="checkbox"/> 与那原町 <input type="checkbox"/> 南風原町 <input type="checkbox"/> 八重瀬町 <input type="checkbox"/> その他() ※所属機関の所在市町村名を記入		
連絡先 TEL ・ FAX	※登録手続き上の確認を行う際の連絡先 (<input type="checkbox"/> 個人 <input type="checkbox"/> 職場) TEL FAX		
メールアドレス			
備考			

- ※ ご記入いただいた上記の内容については、「なんぶ連携ネット」運用のみに活用いたします。
- ※ ご記入いただいた内容を変更または登録削除したい場合は、変更・削除申請書を当事務局へ FAX あるいはメール、電話でお知らせください。

「なんぶ連携ネット」メーリングリスト登録希望者は、上記事項をご記入の上
下記のメールアドレス もしくは FAXにてご返信をお願いします。

E-mail: nanbuzai@nanbu.okinawa.med.or.jp

FAX : 098-851-8842

受理日時	令和 年 月 日	事務局	
------	----------	-----	--