

協力医療関係者 登録票

記入年月日	平成 年 月 日	
お名前	(フリガナ)	公表の可否
		可 ・ 否
ご専門 と ご資格	① 内分泌内科 ② 内分泌外科 ③ 泌尿器科 ④ 核医学科 ⑤ 他()	(A) 医師 (B) 看護師 (C) 薬剤師 (D) 他()
ご所属		
ご連絡先	住 所 : e-mail :	
備考		
(登録に際しての条件・会への要望事項など)		
<hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 10px;"/> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 10px;"/> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 10px;"/>		