協力医療関係者　登録票

記入年月日	平成　　年　　月　　日	
お名前	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	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）