

大阪府医師会メールアドレス申請書  
(兼 勤務医部会メーリングリスト参加申込書)

(※「転送先変更届(様式2)」は「大阪府医師会ホームページ(下記参照)」にあります)

1. 申請年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

2. 申請者 【注1】以下「2-1」～「2-6」は必須項目です。全てご記入ください

2-1 医籍番号 

--	--	--	--	--	--

2-2 氏名(ヨミガナ) \_\_\_\_\_ (ヨミガナ: \_\_\_\_\_)

2-3 所属医師会名 \_\_\_\_\_ 医師会

所属機関名 \_\_\_\_\_

所属部署(役職) \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

2-4 電話番号 \_\_\_\_\_

2-5 ファックス番号 \_\_\_\_\_

2-6 電子メールアドレス(現在ご使用中のもの): 一文字ずつ、正確にご記入ください

\_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_  
(ヨミガナ: \_\_\_\_\_)

3. ご希望のメールアドレス(大阪府医師会メールアドレスを既に取得されている場合は第1希望欄に記入ください)

【注2】英小文字かハイフン記号(—)を3～8文字で左詰でご記入ください

第1希望 \_\_\_\_\_ @ o s a k a . m e d . o r . j p  
(ヨミガナ: \_\_\_\_\_) ← アルファベットのヨミガナをご記入ください

第2希望 \_\_\_\_\_ @ o s a k a . m e d . o r . j p  
(ヨミガナ: \_\_\_\_\_) ← アルファベットのヨミガナをご記入ください

第3希望 \_\_\_\_\_ @ o s a k a . m e d . o r . j p  
(ヨミガナ: \_\_\_\_\_) ← アルファベットのヨミガナをご記入ください

4. 「大阪府医師会メーリングリスト」への登録

希望する \_\_\_\_\_ 希望しない \_\_\_\_\_

【注3】投稿アドレスは oma-ml@osaka.med.or.jp です

【注4】詳細については、大阪府医師会ホームページをご覧ください

大阪府医師会勤務医部会メーリングリストへの参加認証後の登録のご連絡は、本「申請書」2-6に記載された電子メールアドレスあてご返信いたします。

なお、ご不明な点等、お問い合わせは下記までお願いいたします。

大阪府医師会 学術課(長谷川、有賀)  
TEL 06-6763-7006 FAX 06-6764-0267  
e-mail: kinmu@po.osaka.med.or.jp  
大阪府医師会ホームページ URL: http://www.osaka.med.or.jp