

大阪府医師会メールアドレス申請書

《 転送の廃止届け 》

1. 申請年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
2. 申請者【注1】
2-1 医籍番号 _____
- 2-2 氏名（ヨミガナ） _____ , (_____)
- 2-3 所属医師会名 _____ **医師会**
- 2-4 電話番号 _____
- 2-5 ファックス番号 _____
- 2-6 府医メールアドレス _____ @ **osaka.med.or.jp**

3. 備考

以下は、処理後貴殿宛にFAXする通知書です。記入しないでください。

設定処理通知書

ご通知年月日 _____

- 上記のとおり貴殿の電子メールアドレス廃止の設定が完了しました。
- その他

《お願い：メールアドレス廃止の作業完了報告を受けた場合、必ずご自身でも送受信が不能であることをご確認ください》

大阪府医師会 企画課

TEL:06-6763-7021 FAX:06-6764-0267

E-mail:kikaku@po.osaka.med.or.jp