

【初回用】

岡山県医師会保育支援会員申込用紙

岡山県医師会長 殿

申し込み日	年 月 日
利用希望者氏名	
所属施設	
診療科・役職	
連絡先 ※必ずご記入ください。 (電話番号)	
(FAX番号)	
(携帯電話)	
(e-mail)	
託児を希望するお子様の 氏名・年齢・性別 (2名以上の場合はそれぞれ ご記入ください。)	(ふりがな) (歳) 男・女 氏名
	(ふりがな) (歳) 男・女 氏名
	(ふりがな) (歳) 男・女 氏名
利用希望日時	年 月 日 時 ~ 時
出席予定学会名	

※ 県医師会記入欄

No.	
処理日	
担当	
備考	

FAX 086-251-6622