

# 連 絡 票

(麻酔科専攻医)

① 氏 名 \_\_\_\_\_

メールアドレス \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

② 生年月日 昭和・平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

③ 現 住 所 (〒 \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

( \_\_\_\_\_ 方)

Tel : \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ 方呼出)

携帯Tel : \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

④ その他の連絡先 (〒 \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

( \_\_\_\_\_ 方)

Tel : \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ 方呼出)

⑤ 勤務機関・在学機関等

・機関の名称 \_\_\_\_\_

(所属部科等まで明確に記入願います。)

・所 在 地 (〒 \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

( \_\_\_\_\_ 方)

Tel : \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ 内線 \_\_\_\_\_

FAX : \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_