令和　　年　　月　　日

メーリング申込書（新規・変更）

一般社団法人　福島県病院協会長　殿

下記のとおりメーリングの申込みをいたします。

①病院名・代表者名（病院長名）	メールアドレス
②病院名・受信代表者名（秘書又は事務）	メールアドレス
③病院名・受信代表者名（秘書又は事務）	メールアドレス

※メーリングで各情報等の提供を円滑に行うため、最低２カ所のメールアドレスの届出をお願いいたします。

※新規の場合は（新規）を、変更の場合は（変更）に〇で囲んでご送付ください。

会 員 病 院 名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

連絡先担当者名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

担　当　部　署：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

連絡先電話番号：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿