メーリングリスト登録アドレス申請書

年　　月　　日

医療機関名：

申請者氏名：

電話番号　：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 種別 | 氏　名 | メールアドレス |
| 新規・変更・削除 |  |  |
| 新規・変更・削除 |  |  |
| 新規・変更・削除 |  |  |
| 新規・変更・削除 |  |  |

送付先：青洲リンク事務局

　　　　　Tel／Fax：　073-441-0858

　　　　　E－mail：　seishlnk@wakayama-med.ac.jp

※FAXまたはメール添付でお願いします。