

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		

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。