佐賀県医師会　行（ＦＡＸ：０９５２－３７－１４３４）

女性医師相談受付票

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名　※ |  |
| 住所 | 〒　　　　― |
| 卒業年度　※ | 昭和・平成　　　　　　　年度卒 |
| 区分  （複数選択可） | □佐賀県医師会員　　　　　□佐賀県医師会員以外  □研修医　　　　　　　　　□医学生 |
| 所属施設 |  |
| 勤務形態 | □常勤　　□非常勤　　□その他 |
| 専門科　※ |  |
| 相談内容　※ |  |
| 希望の返信方法　※ | □電話（自宅または勤務先）（　　　　―　　　　―　　　　）  □電話（携帯）　　　　　 （　　　　―　　　　―　　　　）  □ＦＡＸ　　　　　　　　 （　　　　―　　　　―　　　　）  □メール　　 （　　　　　　　　　 ＠　 　　　　　　　　）  電話を希望の方は、時間帯を書いてください。  （午前・午後　　　時　　　分～午前・午後　　　時　　　分） |

※は、必須項目です。