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。