

※この申込書は、所属の保険医協会（保険医会）までご提出ください。

ドクターズネット無料メールアドレス申込書

年 月 日

住 所		
ローマ字表記		開業・勤務
お 名 前		男・女
生年月日	年 月 日	
電話・FAX	TEL _____ () _____ ・ FAX _____ () _____	
診療科目	内科・心療内科・精神科・神経科・神経内科・呼吸器科・消化器科・胃腸科・循環器科・アレルギー科・リウマチ科・小児科・外科・整形外科・形成外科・美容外科・脳神経外科・呼吸器外科・心臓血管外科・小児外科・皮膚泌尿器科・皮膚科・泌尿器科・性病科・肛門科・産婦人科・産科・婦人科・眼科・耳鼻咽喉科・気管食道科・リハビリテーション科・放射線科・麻酔科・歯科・矯正歯科・小児歯科・歯科口腔外科 ※診療科目は2つまで選択してください。 ※主を◎ 副主を○（いずれかの方法で区別する）	

- ※ 本サービスは保険医協会・保険医会・保団連会員のみを対象としたものです。
- ※ 保険医協会・保険医会を退会されますと継続使用できなくなります。
- ※ 保険医協会・保険医会・保団連からのメールが届きますので予めご了承ください。

■希望メールアドレス

第1希望	(_____) @doc-net.or.jp
第2希望	(_____) @doc-net.or.jp
第3希望	(_____) @doc-net.or.jp

記入例：(hokeni) @doc-net.or.jp

- ※ 第3希望までご記入ください。ご希望のメールアドレスがない場合は未記入で結構です。
- ※ メールアドレスで使用可能な文字は、小文字のアルファベット(a～z)、数字(0～9)、ハイフン(-)、アンダーバー(_)となります。文字数は最大64文字です。

協会記入欄 会員確認 協会名： _____