|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ①氏名 | ふりがな | ②性別 | 男性 ・ 女性 |
|  |
| ③職業 |  | ④年齢 | 歳 |
| ⑤住所 | 〒 | | |
| ⑥電話番号 | （　　　　）　　　　　－ | | |
| ⑦希望するブロック | 北九州　・　福　岡　・　筑　豊　・　筑　後 | | |
| ⑧応募のきっかけ | ポスター ・ ホームページ ・ 医師会からの郵便 ・　知人の紹介  西日本新聞 ・ 読売新聞 ・ その他（　　　　　　　　　　　　） | | |
| ⑨医療・医師会に対し、感じていること（200字程度） | | | |

**福岡県医師会医療モニター制度「メディペチャ」17期モニター応募用紙**

※選考結果は発送をもってかえさせて頂きます。

福岡県医師会総務課行

**ＦＡＸ　０９２－４１１－６８５８**