

NIIMI

I ♥ Niimi

新見市出身、新見に縁のある
医師、医学生のネットワークです
新見市の医療を
応援してください！

DOCTOR

NETWORK



新見市
マスコット
キャラクター
「にーみん」

新見市ドクターネットワーク

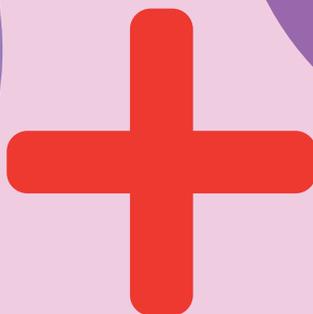
対象

- 下記の医師・医学生の方
- ・新見市出身者
 - ・新見に勤務したことがある
 - ・両親、親戚が新見出身
 - ・新見で働きたい！
 - ・とにかく新見が好き！ など

新見市の医療を応援
して下さる方は

大歓迎です！

メンバー 大募集！



登録された方には…

- ・新見市の医療の情報を提供します
- ・新見市の医療に関する活動を報告します
- ・newsletter を発送します
- ・新見で働きたい方に対して
医療機関の紹介など、サポートをします

情報発信

ホームページでも情報発信中！
今すぐ「アクセス」⇒



○参加方法

裏面の入会申込書に必要事項をご記入の上、
事務局までお送りください

お問合せ・お申込先

新見市ドクターネットワーク事務局
(新見市 福祉部 健康医療課 地域医療係)
TEL 0867-72-6130

■新見市ドクターネットワーク WEB サイト

<https://muscat6.wixsite.com/niimi-dr-nw>

入会申込書

新見市ドクターネットワーク 御中

年 月 日

貴会の趣旨に賛同し、下記のとおり入会を申し込みます。

フリガナ		生 年	昭和
氏 名		月 日	平成 年 月 日
自宅住所	〒 ー TEL: ()		
勤務先 (就学先)		職名	
勤務先 (就学先) 住 所	都・道・府・県 TEL: ()		
E-mail			
出身地	都・道・府・県		市・町・村
紹介者名	様 (紹介して下さった方の名前)		
紹介者住所			
本人確認の有無	※紹介者の場合 有 ・ 無		

(注) ご住所、お名前などの個人情報は、新見市ドクターネットワークの事業で使用するもので、新見市ドクターネットワーク以外には利用しません。

○ 会報等の書類の送付先

自宅 ・ 勤務先 (ご希望の送付先に○印をお付けください)

◇入会申込

入会申込書に必要事項を記入して、下記宛にメール、FAX又は郵送してください。

(メールでの申し込みの場合は、新見市のホームページの新見市ドクターネットワークの入会案内をご覧ください。)

◇申込・問い合わせ

新見市ドクターネットワーク事務局 (新見市 福祉部 健康医療課 地域医療係内)

〒718-8501 岡山県新見市新見310-3

TEL:0867-72-6130 FAX:0867-72-6613

E-mail: chiiki-iryoku@city.niimi.lg.jp