**＜別紙①＞　令和７年度　全国学校保健会名簿作成用フォーマット**

**返信期限：令和７年５月９日（金）**

**E-mail：ishiyama@hokenkai.or.jp**

**ＦＡＸ番号　０３－３５９２－３８９８**

学校保健（連合）会名

住所　〒

教育委員会内にある場合の所属課名

電話番号

ＦＡＸ番号

学校保健会（連合会）担当者お名前（ふりがな）

本会文書等受取用E-mail

担当者E-mail（同上の場合は不要です）

貴会会長お名前（ふりがな）

会長勤務先名（○○医院、○○医師会勤務など）

会長勤務先住所（ご自宅で開業の場合は、ご自宅住所をご記入ください）

〒

貴都道府県・指定都市の医師会での会長のお役職

＊会長の変更の可能性がある場合　＜　　　　月　　　　日頃、新会長決定＞

貴会、会長の変更があり次第、再度、本紙の再提出をお願いします。

ご協力ありがとうございました。