

# 変更届 (患者様用)

宮崎健康福祉ネットワーク協議会事務局殿

平成 年 月 日

私は、下記事項について変更が生じたので、「宮崎健康福祉ネットワーク協議会」に変更内容を届出いたします。

## 変更前事項記入欄

ふりがな		性別	生年月日
患者様氏名	サイン 印	男 女	M・T・S・H 年 月 日
現住所		電話番号	
(〒 - )		( - - )	

## 変更事項記入欄

ふりがな		性別	生年月日
患者様氏名	サイン 印	男 女	M・T・S・H 年 月 日
現住所		電話番号	
(〒 - )		( - - )	

## 医療関係機関記入欄 (患者さまは記入しないでください。)

病院 ID		確認医療関係機関	確認者	本人確認方法
はにわネット ID				

\*この申込書は2部コピーのうえ、原本をネットワークセンター、コピーをしたそれぞれを申し込みした参加医療関係機関および患者様で保管してください。