

変更届 (医療関係機関職員用)

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。

医療関係機関 (変更事項)

ふりがな		会員種別
医療関係機関名・診療科		個人会員 / 賛助会員
所在地		電話番号
(〒 -)		(- -)

申込者 (変更事項)

ふりがな		資格	生年月日
氏名			M・T・S・H 年 月 日
現住所			電話番号
(〒 -)			(- -)

届出者

ふりがな		資格	生年月日
氏名		印	M・T・S・H 年 月 日
現住所 / 医療関係機関名			電話番号
(〒 -)			(- -)

医療関係機関 ID	個人 ID	備考

*この申込書は1部コピーのうえ、ネットワークセンターへ本書類のみをお送りください。コピーは個人または組織で保管ください。