

変 更 届  
(医療関係機関用)

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
機関名		団体会員 / 賛助会員
所在地		電話番号
(〒 - )		( - - )

代表者（変更事項）

ふりがな		役職	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		役職	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。