

退 会 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、「宮崎健康福祉ネットワーク協議会」を退会いたします。

医療関係機関

ふりがな		会員種別
医療関係 機関名		団体会員 / 賛助会員
所在地		電話番号
(〒 -)		(- -)

代表者

ふりがな		役職	生年月日
氏名	サイン 印		M・T・S・H 年 月 日
現住所			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。