

宮崎健康福祉ネットワーク協議会入会申込書

(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、「宮崎健康福祉ネットワーク(はにわネット)」の趣旨・内容について理解のうえ、「宮崎健康福祉ネットワーク協議会」へ入会します。

所属医療関係機関

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

申込者

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

資格(下記の表中より選択してください)

医師	歯科医師	看護師	准看護師	臨床検査技師	リハビリ技師
薬剤師	理学療法士	作業療法士	精神保健福祉士	臨床心理技術者	栄養士
歯科衛生士	歯科技工士	臨床工学士	介護支援専門員	その他の医療従事者	患者及びその代理人

宮崎健康福祉ネットワーク協議会記入欄

医療関係機関 ID	個人 ID	備考

*この申込書は2部コピーのうえ、ネットワークセンターへ全てお送りください。ID発行後1部を返却いたします。