

退 会 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、「宮崎健康福祉ネットワーク協議会」より上記の日付をもって退会を希望いたします。

申込者記入欄（ご本人による申込の場合）

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	
(〒 -)		(- -)	

代理人記入欄（代理の方による申込の場合）

ふりがな		患者様との続き柄
代理人氏名	サイン 印	
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。