

退 会 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、「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・診療科		個人会員 / 賛助会員
所在地		電話番号
(〒 -)		(- -)

届出者

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

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。