特定非営利活動法人

宮古地域医療情報連携ネットワーク協議会

会　長　佐 藤　雅 夫　殿

特定非営利活動法人 宮古地域医療情報連携ネットワーク協議会

**変 更 届**

下記のとおり変更届を提出します。

|  |  |
| --- | --- |
| 記入日 | 年　　月　　日 |
| 該当する項目のみご記入ください |
| 変更日 | 年　　月　　日 |
| フリガナ |  |  |
| 氏　名 |  |  |
| 自宅 | 住　所 |  |  |
| 電　話 |  |  |
| ＦＡＸ |  |  |
| 携帯電話 |  |  |
| E-mail |  |  |
| 連絡方法 | 郵便・電話・ＦＡＸ（自宅・所属団体）・携帯電話・E-mail | 郵便・電話・ＦＡＸ（自宅・所属団体）・携帯電話・E-mail |
| 所属団体 | フリガナ |  |  |
| 名　称 |  |  |
| フリガナ |  |  |
| 代表者名 |  |  |
| 住　所 |  |  |
| 電　話 |  |  |
| ＦＡＸ |  |  |
| E-mail |  |  |
| ＵＲＬ |  |  |
| 名簿上への記載方法 | 個人名のみ・団体名（可・不可） | 個人名のみ・団体名（可・不可） |

《協議会記載欄》

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 変更届受理日 | 年　　月　　日 |  | 〒027-0061岩手県宮古市西町1-6-2　宮古医師会館内特定非営利活動法人宮古地域医療情報連携ネットワーク協議会事務局TEL/FAX:0193-65-7795E-Mail:m-salmon-cn@eagle.ocn.ne.jp |
| 協議会確認日 | 年　　月　　日 |
| 承　認　者 |  |