

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	
	F A X	
	携帯電話	
	E-mail	
	連絡方法	郵便・電話・F A X (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	
	F A X	
	E-mail	
U R L		
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
協議会確認日	年 月 日
承 認 者	

〒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:0193-65-7795  
 E-Mail:m-salmon-cn@eagle.ocn.ne.jp