

宮崎健康福祉ネットワーク協議会

ネットワーク利用申込書（透析医師用）

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」の提供するネットワークサービスの利用を申し込みます。

申込者			
ふりがな		性別	生年月日
氏名	サイン 印	男・女	M・T・S・H 年 月 日
主な診療科			
メールアドレス			
所属医療機関			
医療機関名			
住所	(〒 -)		
電話番号	-	-	
FAX番号	-	-	

宮崎健康福祉ネットワーク協議会記入欄

医療機関ID	個人ID	登録日・登録者
備考		