

施設に関する変更届

★この太枠内は必ずご記入ください。

平成 年 月 日付変更

施設No:

施設名:

①施設代表者の変更

～前代表者名～

(ふりがな)
氏 名:

前代表者の施設の移動はありますか？

ない あるいは

⇒ある場合は【会員登録内容変更届】を提出してください

～新代表者名～

注:代表者になれる方は該当年度看護協会に入会している方に限ります

(ふりがな)	役職
氏 名:	

新代表者の施設の移動はありますか？

ない あるいは ⇒ある場合は【会員登録内容変更届】を提出してください

②施設名称及び施設住所等変更

新施設名:	
〒	Tel:
新施設住所:	Fax:

※正確にご案内等を発送させていただくためにも、変更がある場合は必ずご連絡下さい

※郵送またはFAXにてご提出ください

提出先:福井県看護協会 会員管理担当係
〒918-8206 福井市北四ツ居町601
FAX 0776-54-8474

【ご不明な点はお問合せください(TEL)0776-54-7103】