

会員登録内容変更届

令和 年 月 日

1. 記入者名

| | |
|-----|--|
| 氏 名 | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理人 |
| | |

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

2. 変更内容

| |
|--|
| <input type="checkbox"/> 勤務先変更 |
| <input type="checkbox"/> 住所・氏名変更 <input type="checkbox"/> 会員証再発行希望 |
| <input type="checkbox"/> 退職のため自宅（個人会員）へ変更 |
| <input type="checkbox"/> 職種変更 |
| <input type="checkbox"/> 他県より移動 |

3. 変更日

| |
|--|
| <input type="checkbox"/> すぐに変更 |
| <input type="checkbox"/> 日付指定（ 年 月 日付） |

3. 変更詳細

※支払い方法・口座の変更は、キャリアナース(WEB)もしくは別の書式がありますのでお問い合わせください。

| | 現在の登録内容 | | | | | | | |
|-----------------------|--------------|--|---|--|----|--|----|--|
| 日本看護協会 会員No. (必須) | | | | | | | | |
| 福井県看護協会 会員No. (必須) | | | | | | | | |
| 生年月日(必須) | 年 | | 月 | | 日生 | | | |
| (フリガナ) 氏 名 | | | | | | | | |
| 登録職種 | 保 | | 助 | | 看 | | 准看 | |
| 免許番号 | | | | | | | | |
| 勤務先 名 称 | 施設No. | | | | | | | |
| | (令和 年 月 日退職) | | | | | | | |
| 勤務先 住 所 | 〒 | | | | | | | |
| | TEL | | | | | | | |
| 自 宅 住 所 | 〒 | | | | | | | |
| | TEL | | | | | | | |



| 変更内容（変更箇所のみ） | | | | | | | | |
|--------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| 保 助 看 准看 | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| 施設No. | | | | | | | | |
| (令和 年 月 日勤務) | | | | | | | | |
| 〒 | | | | | | | | |
| ※個人会員への変更は「個人会員」とご記入ください | | | | | | | | |
| TEL | | | | | | | | |
| 〒 | | | | | | | | |
| TEL | | | | | | | | |

※退職などにより退会希望の場合は別途【退会届】の提出が必要です

※郵送またはFAXにてご提出ください

【ご不明な点はお問合せください（TEL）0776-54-7103】