

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:
--------	------

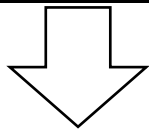
①施設代表者の変更

～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 ⇒ある方は同時に会員変更届
＜様式2＞を提出ください



～新代表者名～

注:代表者になら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 ⇒ある方は同時に会員変更届＜様式2＞を提出ください

② 施設名称及び施設住所変更はこちら

新施設名:	
〒	Tel:
新施設住所:	Fax:

提出は郵送・FAX可

FAX:096-369-3204

熊本県看護協会 問合せ:TEL:096-369-3203

※ コピーしてご使用ください！

名簿	支部		受付