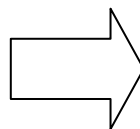


施設名
担当者
TEL (        )        -



山口県看護協会
<b>FAX 0835-24-1230</b>
TEL 0835-24-5790

※FAXまたは、郵送で送ってください。

**移動・変更届（施設用）**

下記のとおり届け出しますので、よろしくお願いいたします。

（平成      年      月      日）

（施設 No.      ）

施設名

\_\_\_\_\_

（〒      -      ）

住 所

e-mail :

\_\_\_\_\_

施設名簿希望冊数
(            ) 部

T E L .

F A X .

\_\_\_\_\_

〔職名等：            〕 ← ※職名（宛先になります）

会員代表氏名

会員数

名

\_\_\_\_\_

**【会員移動届】**

◎対象は、今年度山口県看護協会会員です。

移動・変更内容	会員 No.	氏名	変更箇所	※（退職者）送付希望→○ 送付否→×

【備考】（施設名簿の記載等について、特に注意する事項がある場合ご記入ください）

※e-mail を施設名簿に記載しますので、e-mail 等掲載を希望されない場合は、その旨ご記入ください。

**【移動・変更内容】※氏名改姓の場合は、必ずふりがなをつけてください**

- 1 他施設へ転出      2 他施設より転入      3 県外へ      4 氏名・住所等の変更
- 5 退職（自宅へ）→※の欄に、看護協会からの文書等を希望される場合は○を希望されない場合は、×をお付けください。不明な場合は空欄にしてください。