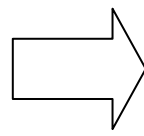


施設名 _____
担当者 _____
TEL () —



山口県看護協会
FAX 0835-24-1230
TEL 0835-24-5790

※FAXまたは、郵送で送ってください。
 ※会費納入方法は変更があった場合ご記入ください。

移動・変更届（施設状況調査）

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。

(年 月 日)

(施設 No.)
 施設名 _____

会員便覧掲載 : 可 ・ 不可
※必ずどちらかに○をつけてください。
会員便覧希望冊数 () 部

(〒 —)
 住 所 _____

e-mail : _____

TEL . _____

FAX . _____

[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】 ***移動・変更があり、会員証の再発行が必要な場合はご記入ください。**

◎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	変更内容	会員証再発行	※（退職者）送付希望→○ 送付否→×

【備考】（会員便覧の記載等について、特に注意する事項がある場合ご記入ください）
 ※e-mailを会員便覧に記載しますので、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。
 - 6 会費保留または会費保留解除 7 会費納入方法の変更 8 その他（1～7以外）
- *会員証の再発行が必要な場合は会員証再発行の欄に○をお付けください。**