

会員登録変更届 (大阪府看護連盟)

提出日 年 月 日

[今年度登録内容]

フリガナ			生 年 月 日	大 昭 平	年	月	日生
氏名							
連盟 会員No.	(7桁)	職 種	保 助 看 准看 (いずれかに○をつけてください)				
日中連絡のつく電話番号 ()-()-()							

[変更内容] 該当する項目を記入してください

フリガナ								
新氏名								
新自宅住所	〒 - TEL () FAX () (* 他府県転出の場合は必ず記入してください)							
施設 変更	今年度登録時 施設名	(年 月 日 退職)					施設No.	
	変更施設名	(年 月 日)					施設No.	
	住 所	〒 -						
	電 話 番 号			FAX番号				
通信欄								

* 他府県へ転入される場合は該当の都道府県看護連盟への届出が必要です。連絡先は大阪府看護連盟までお問い合わせください。

(TEL 06-6964-5655)

(FAX 06-6964-5665)

コピー可