

会員変更届及び退会届

年 月 日

FAX送信先:096-383-0163

熊本県 看護連盟 会長 様

施設名:
又は個人名:

| 会員氏名 会員番号 | 届出事項 該当するものに○印 | 変更内容("7.退会"の場合は記載不要) | 異動 年月日 | 備考 |
|--------------|---|----------------------|-----------|----|
| 会員No. | 1.氏名変更 7.退会 2.住所変更 3.施設変更 4.施設住所変更 5.県外異動 6.退職 | | | |
| 会員No. | 1.氏名変更 7.退会 2.住所変更 3.施設変更 4.施設住所変更 5.県外異動 6.退職 | | | |
| 会員No. | 1.氏名変更 7.退会 2.住所変更 3.施設変更 4.施設住所変更 5.県外異動 6.退職 | | | |
| 会員No. | 1.氏名変更 7.退会 2.住所変更 3.施設変更 4.施設住所変更 5.県外異動 6.退職 | | | |
| 会員No. | 1.氏名変更 7.退会 2.住所変更 3.施設変更 4.施設住所変更 5.県外異動 6.退職 | | | |

*入会手続き以降、施設名・住所及び施設代表者の変更があった場合には、必ずご提出してください。個人情報については、厳正な管理下で安全に保管し、適切な取り扱いおよび保護に努めます。