

※ この用紙のみ送信してください

FAX送信先:096-383-0163

施 設 変 更 届

年 月 日

熊本県看護連盟 会長 様

施設名 _____

変更前	変更内容 該当するものに○印	変 更 後 (変更該当のみ記入)
施設名	1.施設名変更	施設名 (ふりがな: 〒 TEL
代表者氏名	2.施設住所変更 3.施設代表者変更 (会員No.を記入してください)	代表者氏名 会員No.

*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。

※施設に関すること(施設名・住所・代表者)が変更になった時のみ提出してください。会員の変更は別紙で提出してください。