

FAX 028-625-8988

## 施設情報変更届

**[今年度登録内容]**

年 月 日

フリガナ	
※施設名	
※施設代表者名	
※施設番号	No.

**[変更内容]**

該当する項目にチェック☑を入れご記入下さい

<input type="checkbox"/>	新施設(部署)名											
<input type="checkbox"/>	フリガナ											
	新代表者氏名											
	JNA会員No.	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>										
栃木県会員No.	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>											
<input type="checkbox"/>	住所	〒										
	変更年月日	年 月 日										
	備考											

※ 印は必須項目になりますので、必ずご記入下さい

看護協会使用欄	<input type="checkbox"/> 名簿(ラベル) <input type="checkbox"/> 会員一覧表 <input type="checkbox"/> WEB申請
---------	--