

山口県看護連盟 会員変更届

届出日（西暦） 年 月 日

提出者 施設名（ ）氏名（ ）

No.	(フリガナ) 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
1	フリガナ 氏名 会員番号		1.氏名変更 2.住所変更 3.施設変更 (施設住所)	4.県外より転入 5.県外へ転出 6.退職 7.退会			
2	フリガナ 氏名 会員番号		1.氏名変更 2.住所変更 3.施設変更 (施設住所)	4.県外より転入 5.県外へ転出 6.退職 7.退会			
3	フリガナ 氏名 会員番号		1.氏名変更 2.住所変更 3.施設変更 (施設住所)	4.県外より転入 5.県外へ転出 6.退職 7.退会			
4	フリガナ 氏名 会員番号		1.氏名変更 2.住所変更 3.施設変更 (施設住所)	4.県外より転入 5.県外へ転出 6.退職 7.退会			
5	フリガナ 氏名 会員番号		1.氏名変更 2.住所変更 3.施設変更 (施設住所)	4.県外より転入 5.県外へ転出 6.退職 7.退会			

* 入会手続き以降、異動または氏名、住所に変更が生じた場合は、必ず提出してください。

山口県看護連盟事務局 FAX 0835-23-9997

県外より転入者は、前県の所属施設名・会員番号・氏名・自宅住所・生年月日・電話番号・職種・所属施設

県外へ転出者は、転居先住所・電話番号・所属施設名・施設住所