**埼玉県看護連盟　会員変更届　　　　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ送信先：０４８－６２５－７００３**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **会 員 番 号** | | **届 出 事 項** (あてはまる箇所すべてに○印)  1.氏名変更　　　2.住所変更　　　3.施設変更　　　4.県外異動　　　5.退職 | | | **変 更 日**  　　年　　　月　　　日 |
| 氏名変更に伴い会員証の再発行が必要な方は○印をつけてください　　必要　　不要 | | |
|  | **氏　名 (フリガナ)** | | **施設名・施設住所** | **自宅住所 ・ＴＥＬ** (郵便物の不着が増えています。建物名・部屋番号・様方などを 省略しないようお願いいたします) | |
| 現 在 | （　　　　　　　　　　　　） | | 現施設名 | 〒  ℡ | |
| **変 更 後** | （　　　　　　　　　　　　） | | 新施設名 | 〒  ℡ | |
| 新施設住所 |
| 備　考 | | | | | |