**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 　　6.退会 | **※ 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 |