・登録情報に変更が生じた際は、すみやかに事務局へ提出してください。
・変更する項目のみご記入ください。（※印欄は記入必須項目です）

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〇印） 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 氏名変更に伴い会員証の再発行が必要な方は〇印をつけてください　必要　不要	※ 変 更 日 年　月　日

	※ 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	〒 TEL
変更後	（　　）	新施設名 新施設住所　〒	〒 TEL
備　考			

【 問合せ・送付先 】埼玉県看護連盟　TEL:048-625-7002　FAX:048-625-7003