

会員の登録内容変更届出書

年 月 日

公益社団法人青森県看護協会 会長 様

〒030-0822
 青森市中央三丁目20-30 県民福祉プラザ3階
 TEL : 017-723-2857 FAX : 017-735-3836
 (担当 : 青森県看護協会 総務課)

現施設No. _____

現施設名
 又は氏名 _____

住所 〒 _____

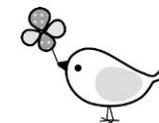
(施設の担当者氏名 (電話番号 (内線)))

変更があった会員の		異動・退職年月日	届出する変更内容 (退職等で個人会員になる方は、自宅住所を必ずご記入ください。)						備考
県会員No.	氏名		施設の変更		住所の変更 (施設又は自宅)		姓名の変更		
		年 月 日	変更前		変更前	〒		変更前	
			変更後		変更後	〒		フリガナ	
		年 月 日	変更前		変更前	〒		変更前	
			変更後		変更後	〒		フリガナ	
		年 月 日	変更前		変更前	〒		変更前	
			変更後		変更後	〒		フリガナ	
		年 月 日	変更前		変更前	〒		変更前	
			変更後		変更後	〒		フリガナ	

☆青森県看護協会からのお願い☆

病院等を退職された方は是非、ナースセンターへ届出をお願いします。

- 「届出の方法」① スマートフォンやパソコンから看護師等の届出サイト「とどけるん」へアクセス
 ② 書面で届出する場合、青森県ナースセンターへご連絡ください (TEL : 017-723-4580)



ナースシップ入力日

月 日