

会 員 情 報 変 更 届

会員情報が変更になりましたので、変更をお願いいたします。

<申請日> 令和 年 月 日

<会員情報> ※は必須です

施設No.		勤務先名	
※ 県会員No.		※(フリガナ) 氏 名	
生年月日 <small>(会員番号のわからない方)</small>	(西暦) 年 月 日		



<変更後> 変更箇所のみご記入下さい

変更内容 <small>(該当する箇所に○)</small>	氏名住所変更・勤務先変更・退職・県移動・会費納入方法変更			
施設No.		勤務先名		
県会員No.	(フリガナ) 氏 名	生年月日 (西暦) 年 月 日	職種	免許番号
			保・助 看・准	
住 所 (建物名まで記入してください)				
〒				
電話番号				

会員証再発行を希望する
(希望される方のみ✓を書いてください)

<送付先> (郵便またはFAX)
〒500-8384
岐阜県岐阜市藪田南5-14-53
岐阜県県民ふれあい会館1棟5階
公益社団法人 岐阜県看護協会 事務局 宛
TEL : 058-277-1008 FAX : 058-275-5300