

会 費 納 入 保 留 届

下記の理由により、_____ 年度看護協会の会費納入保留をお願いいたします。

申請日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

施設No. _____

施設名 _____

岐阜県会員No. _____

JNA 会員No. _____

氏 名 _____

電話番号 _____

(日中連絡のとれる番号)

会費納入保留の理由 (必ずご記入下さい)

施設移動 ・ 他県へ移動 ・ その他

()

送付先 (郵便またはFAX)

〒500-8384

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