

施設代表者等の変更届 (代表者名・施設名等の変更)

※代表者の変更や施設の名称・住所等の変更がある場合は提出をお願いします。(随時受付)

施 設 名	
代表者または 担当者	

1.変更内容に○をしてください。

① 代表者名の変更	② 施設名の変更	③施設の住所等の変更	③ その他
-----------	----------	------------	-------

2.必要事項をご記入ください。(変更箇所のみ)

《 変 更 日 》	年	月	日 より変更
① 代 表 者 名 (役職・氏名)	(新)		(旧)
② 施 設 名	(新)		(旧)
③ 施設住所等	住所 〒 -		
	TEL		FAX
④ そ の 他			

大分県看護連盟 FAX 097-574-7517

【お問い合わせ先】 大分県看護連盟
〒870-0855 大分市豊饒310-4 大分県看護研修会館 1F
(TEL)097-574-7088 (FAX)097-574-7517
E-mail:oita-kanren@extra.ocn.ne.jp