

会員情報確認票(施設担当者様専用)

大阪府看護協会 (FAX)06-6947-6901

※個人でのお問合せは、お電話もしくはホームページの問合せ欄よりお願いいたします。

※送付状は不要です。

施設 No.	施設名	ご担当者名	TEL		/
			FAX		

※氏名・生年月日(西暦)・免許番号を必ずご記入ください

お知りになりたい情報の□にチェックを入れてください。

複数枚送付の場合はページ数を記入してください

	姓	名	生年月日	<input type="checkbox"/> 大阪府会員No.	<input type="checkbox"/> 日看協(JNA)会員No.	<input type="checkbox"/> 要入会金 対象者	<input type="checkbox"/> 今年度 入会状況 (大阪府)	<input type="checkbox"/> 申込区分
1	フリガナ 氏名		西暦 年 月 日			要 不要	済 未入会	
	免許番号 保・助・看・准							
2	フリガナ 氏名		西暦 年 月 日			要 不要	済 未入会	
	免許番号 保・助・看・准							
3	フリガナ 氏名		西暦 年 月 日			要 不要	済 未入会	
	免許番号 保・助・看・准							
4	フリガナ 氏名		西暦 年 月 日			要 不要	済 未入会	
	免許番号 保・助・看・准							
5	フリガナ 氏名		西暦 年 月 日			要 不要	済 未入会	
	免許番号 保・助・看・准							

【ご注意】お調べできる会員情報は、現時点のものです。

- ◆今年度、他県で会費納入後に何らかの事情で返金になった場合は、大阪府看護協会では確認できません。
- ◆各会員様の会費金額は、会員登録事務局でデータ作成後、施設用WEBでご確認いただけます。
- ◆今年度他施設で登録済みの場合は、会員情報の変更が必要です。次の二つの方法で変更申請できます。

①会員様専用ページ「キャリアース」から申請 ②手書き用の「入会申込書/会員情報変更届」に記入し、会員登録事務局に送付