施設データ変更・訂正届 大阪府看護協会 宛　（FAX）06-6947-6901

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 施設№ | 施設名 | ご担当者名 |

変更・訂正のある箇所にのみご記入ください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 施設名  （  変更 ・  訂正 ） |  | | |
| 施設住所  （  変更 ・  訂正 ） | 〒 | | |
| 電話番号  （  変更 ・  訂正 ） |  | ＦＡＸ番号  （  変更 ・  訂正 ） |  |
| 代表者名  ＊現時点で貴施設に登録されている当会会員に限る  （  変更 ・  訂正 ） | 役職名：  氏　名：  大阪府看護協会会員№：  （６桁） | 発送宛名  ＊発送物の宛名です  （  変更 ・  訂正 ） |  |

＊　訂正・変更のどちらかに☑をしてください。

＊　この用紙で会員登録の変更はできません。新たに貴施設に変更される方がいらっしゃいましたら、キャリナースでのご変更をお願いいたします。