新規登録施設データ届 大阪府看護協会 宛　（FAX）06-6947-6901

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

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 施設名称 |  |
| 施設住所 | 〒 |
| 電話番号 |  | ＦＡＸ番号 |  |
| 会員代表者名※当会会員に限る | 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 | □看護協会会員代表者□看護部長□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）※いずれかに☑をお付けください。※その他の場合は宛名を（　　）内にご記入ください。※退職等の理由で返送されることがありますので、できる限り個人名は避けてください。 |
| 振込にて会費納入を希望される場合は、右に☑を入れてください。（貴施設の銀行振込専用口座を発行します） | □ |