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） | | | □ |