様式F

施設データ 変更届

公益社団法人静岡県看護協会長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 施設名

提出者氏名

下記のとおり、施設データの変更がありましたので報告いたします。

※変更項目のみご記入ください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 施設NO． |  |  |
| 施設名 | 訂正前 |  |
| 訂正後 |  |
| 郵便番号 | 訂正前 |  |
| 訂正後 |  |
| 住所 | 訂正前 |  |
| 訂正後 |  |
| 電話番号 | 訂正前 |  |
| 訂正後 |  |
| ＦＡＸ番号 | 訂正前 |  |
| 訂正後 |  |
| 会員代表者（役職） | 訂正前 | **（　　　　　　　）** |
| 訂正後 | **（　　　　　　　）** |
| 会員手続ご担当者 | 訂正前 |  |
| 訂正後 |  |
| 送付先宛名 | 訂正前 |  |
| 訂正後 |  |

公益社団法人静岡県看護協会

ＦＡＸ　０５４－２０２－１７５１