

## 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	( )
会員手続き担当者	訂正前	
	訂正後	
送付先宛名	訂正前	
	訂正後	