平成＿＿＿年度　香川県看護連盟会員異動届（転入用）

施設名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

職種	氏　　名（ふりがな）			旧施設名	自宅住所　・　電話番号	備考
保・助 看・准					（自宅） 〒 TEL：　　FAX：	
連盟会員No.		生年月日		異　動 年月日：		
職種	氏　　名（ふりがな）			旧施設名	自宅住所　・　電話番号	備考
保・助 看・准					（自宅） 〒 TEL：　　FAX：	
連盟会員No.		生年月日		異　動 年月日：		
職種	氏　　名（ふりがな）			旧施設名	自宅住所　・　電話番号	備考
保・助 看・准					（自宅） 〒 TEL：　　FAX：	
連盟会員No.		生年月日		異　動 年月日：		
職種	氏　　名（ふりがな）			旧施設名	自宅住所　・　電話番号	備考
保・助 看・准					（自宅） 〒 TEL：　　FAX：	
連盟会員No.		生年月日		異　動 年月日：		

送付先》　香川県看護連盟
〒 769-0102　高松市国分寺町国分152-4
TEL：087-875-1260 / FAX：087-875-1261
E-mail：kagawa-kangorenmei@cotton.ocn.ne.jp

（ コピーしてお使いください ）