

FAX:075-723-7272

## 施設データ変更届

	変更前	変更後
施設番号		
施設名フリガナ		
施設名		
住所	〒	〒
電話番号	( )	( )
FAX番号	( )	( )
施設看護職代表者		
会員代表者		
会費納入方法	口座振替 ・ 勤務先でとりまとめて振込(施設会員のみ)	

※ ご連絡は郵送またはFAXでお願いいたします  
お電話での受付は致しかねますのでご了承ください