

記入日： 年 月 日

福岡県看護協会 会員登録情報変更申請書

下記のとおり会員登録情報の変更を申請します。

※本人申請以外の場合は、ご記入ください。

【施設番号： 】【施設名： 】
【連絡担当者氏名： 】【電話： - - 】

①変更前情報を全てご記入ください。

福岡県会員番号 (6ケタ)		フリガナ	
日本看護協会会員番号 (8ケタ)		氏名	
就労職種	保・助・看・准		
施設番号(4ケタ) ※未記入可		施設名	
会費納入方法	口座振替 ・ 勤務先取りまとめ ・ コンビニ収納 ・ 銀行振込		
上記の会員番号が両方とも不明の方は、下記の項目も必ず記入してください↓			
生年月日 (西暦)	年 月 日	就労職種 免許番号	

②変更項目にチェック☑を入れて、情報をご記入ください。

変更年月日	年 月 日	から変更
-------	-------	------

<input type="checkbox"/> 勤務先変更	<input type="checkbox"/> 産休復帰	<input type="checkbox"/> 他県から転入	※「他県から転入」の場合、「自宅住所」欄もご記入ください。	
施設番号(4ケタ) ※未記入可		施設名		
施設住所	(〒 —)			

<input type="checkbox"/> 会費納入方法変更	※口座振替に変更したい場合は、入会申込書を多摩郵便局 私書箱第21号に郵送してください。		
会費納入方法	勤務先取りまとめ ・ コンビニ収納 ・ 銀行振込		

<input type="checkbox"/> 改姓	※改姓後の新しい会員証は、約1か月後に施設代表者宛てに送付されます。		
フリガナ			
氏名			

<input type="checkbox"/> 就労職種変更	<input type="checkbox"/> 免許番号登録		
就労職種	保・助・看・准	就労職種 免許番号	

<input type="checkbox"/> 退職	<input type="checkbox"/> 産休	<input type="checkbox"/> 他県へ転出	※退職は施設番号「0000」の個人会員、産休は施設番号「9500」の産休会員、 県外会員は施設番号「9700」、他県へ転出は施設番号「9999」となり、 自宅に郵送物が送付されます。	
<input type="checkbox"/> 自宅住所変更	<input type="checkbox"/> 電話番号変更	施設番号(4ケタ) ※未記入可	電話番号	— —
自宅住所	(〒 —)			

※県外に転出される会員の方で、引き続き福岡県看護協会会員をご希望の方は、下記に☑を入れてください。

他県へ転出するが福岡県看護協会での継続を希望する

<input type="checkbox"/> 退会	※会費未納入→今年度退会、会費納入済→翌年度退会予約となります。退会予約は12月末までにご連絡ください。 退会は、日本看護協会と福岡県看護協会の同時退会になります。どちらかひとつだけの退会はできません。		
3月末まで郵送物送付 (会費納入済の方のみ)	要 ・ 不要	退会理由 ※必須	

その他連絡事項