**記入日：令和　　年　　月　　日**

公益社団法人福岡県看護協会

総務課 会員管理担当　行　**ＦＡＸ：092-631-1142　※この用紙のみ送信下さい**

**福岡県看護協会 地区支部「宛名ラベル及び名簿」申請書**

下記の通り申請いたします。

|  |
| --- |
| **申請者情報** |
| **1地区支部名**(　)に地区支部の数字　　 | **（　　　）地区支部** |
| **2地区支部役職**(該当に○) | **地区支部長　・　副地区支部長　・　書　記　・　会　計** |
| **3氏　　　名** |  |
| **4県会員№（６ケタ）** |  |
| **5施 設 №** |  |
| **6施 　設　 名** |  |
| 施設での役職・所属部署等 |  |
| 電話：（　　　　　）　　　　　－　　　　　内線等（　　　　） |
| **◆ 申請情報の種類** | **施　　設** | **ラベル　（　　　　）部** | **名簿(　　　　　)　部** |
| **個人会員** | **ラベル　（　　　　）部** | **名簿(　　　　　)　部** |
| **◆ 受取期限** | **令和　　　年　　　月　　　日までに必要**申請書提出は、受取期限の１週間前を目安にお願いいたします |
| ◆**使用目的**（具体的に記入） |
| **1事業名称** |  |
| **2日　　　時** | 令和　　年　　月　　日　（　　　）　　　　：　　　～ |
| **3開 催 場 所** |  |
| **4主な内容等** |  |
| **◆ その他連絡事項等** |  |

(2021.4)

**【申請にあたって】**

1.申請時期：情報が必要な時（情報は日々変更しているため、直近情報で、作成致します）

2.申請方法：申請書を記入いただき、ＦＡＸ送信(郵送も可）

3.注意事項：1）地区支部から施設及び個人への発送物は、必ず**郵便**でお願いします。

2）個人情報ですので、取り扱いにはご注意いただき、使用後の情報は、

|  |
| --- |
| 協会記入欄 |
| 受付 |  |
| 受渡 |  |
| 印 |  |

シュレッダー等で確実に処理いただきますようお願いします。

**4.申請先及びお問合せ先：〒812-0054**

**福岡市東区馬出4-10-1ナースプラザ福岡**

**公益社団法人福岡県看護協会 総務課会員管理担当**

**電話：092-631-1143　ＦＡＸ：092-631-1142**