

施設代表者等変更届

施設名：

代表者名：

1. 変更内容に○をしてください。

①代表者名

②施設名・住所等

③その他

2. 変更箇所のみご記入ください。

《 変更日 》	令和	年	月	日	より変更
① 代表者名 (役職・氏名)	〈新〉				
	〈旧〉				
② 施設名や 施設住所等					
③ そ の 他					

大分県看護連盟 **FAX 097-574-7517**

【お問い合わせ先】 大分県看護連盟

〒870-0855 大分市豊饒二丁目7番1号 大分県看護研修会館
(TEL)097-574-7088 (FAX)097-574-7517
E-mail:oita-kanren@extra.ocn.ne.jp