北関東救急看護研究会 住所等変更及び退会届

申 込 日： ２０　　年　　月　　日

＊印と変更箇所のみ記載してください。（退会時は＊のみで構いません。）

届出事項(＊)	１．変更（希望送付先・氏名・所属機関・自宅住所・その他）　　２．退会
フリガナ	
氏名（＊）	
連絡先	１．現住所　　２．所属機関　　※〇で囲んでください。
現住所	〒　　－ ＴＥＬ　　ＦＡＸ E-mail
所属機関	
所在地	〒　　－ ＴＥＬ　　内線　　ＦＡＸ E-mail
職種・職位	職種（　　）
	職位　１．師長以上　２．主任　３．スタッフ　４．教員 その他（　　）　※〇で囲んでください。

※退会の際、未納の年会費は、お支払いただきます。
※必要事項を記載の上、北関東看護研究会事務所まで郵便もしくは FAX(0285-44-7257)でお送り下さい。

※事務局使用欄(記入しないでください。)

※会費確認・処理	※会員管理処理