

施設情報変更届

施設名: _____ (施設番号 _____) 届出者: _____

変更箇所をチェックを付け、変更になった箇所にものみ変更後の情報をご記入ください。

変更箇所に✓をつける ▼	変 更 日 : 年 月 日から変更				
フリガナ					
施設名 <small>※正式名称をご記入ください</small>					
住 所	(〒 -)				
連絡先	TEL				
	FAX				
	メールアドレス				
会員代表者 <small>※千葉県看護協会の 会員に限ります</small>	千葉県看護協会会員番号	0	<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 入会手続き中		
	氏 名				
	部署・職位等				
	<input type="checkbox"/> 施設等代表者名簿に職位・代表者名を記載することを承諾します。				
会員手続等担当者 <small>※会員以外の方でも可</small>	氏 名				
	部署・職位等				
	連絡先				
研修担当者 <small>※会員以外の方でも可</small>	氏 名				
	部署・職位等				
	連絡先				
施設種類 <small>※1つ選択し、 ✓してください</small>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 助産所 <input type="checkbox"/> 保健所・保健センター <input type="checkbox"/> 省庁・地方自治体 <input type="checkbox"/> 検（健）診センター等 <input type="checkbox"/> 企業等の健康管理部門 <input type="checkbox"/> 訪問看護ステーション </td> <td style="width: 50%; border: none; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> 在宅介護支援センター <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> グループホーム等 <input type="checkbox"/> その他の居宅サービス <input type="checkbox"/> その他の社会福祉施設 <input type="checkbox"/> 看護系教育研究機関 <input type="checkbox"/> その他 </td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 助産所 <input type="checkbox"/> 保健所・保健センター <input type="checkbox"/> 省庁・地方自治体 <input type="checkbox"/> 検（健）診センター等 <input type="checkbox"/> 企業等の健康管理部門 <input type="checkbox"/> 訪問看護ステーション	<input type="checkbox"/> 在宅介護支援センター <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> グループホーム等 <input type="checkbox"/> その他の居宅サービス <input type="checkbox"/> その他の社会福祉施設 <input type="checkbox"/> 看護系教育研究機関 <input type="checkbox"/> その他
<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 助産所 <input type="checkbox"/> 保健所・保健センター <input type="checkbox"/> 省庁・地方自治体 <input type="checkbox"/> 検（健）診センター等 <input type="checkbox"/> 企業等の健康管理部門 <input type="checkbox"/> 訪問看護ステーション	<input type="checkbox"/> 在宅介護支援センター <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> グループホーム等 <input type="checkbox"/> その他の居宅サービス <input type="checkbox"/> その他の社会福祉施設 <input type="checkbox"/> 看護系教育研究機関 <input type="checkbox"/> その他				
施設主体 <small>※1つ選択し、 ✓してください</small>	<input type="checkbox"/> 国立大学法人				
	<input type="checkbox"/> 国立病院機構				
	<input type="checkbox"/> 労働者健康福祉機構				
	<input type="checkbox"/> 地方自治体				
	<input type="checkbox"/> 日赤				
	<input type="checkbox"/> 済生会				
	<input type="checkbox"/> 厚生連				
	<input type="checkbox"/> 会社				
<input type="checkbox"/> 国保団体連合会					
<input type="checkbox"/> 社会保険関係団体					
<input type="checkbox"/> 公益法人					
<input type="checkbox"/> 医療法人					
<input type="checkbox"/> 学校法人・その他法人					
<input type="checkbox"/> 国（厚生労働省）					
<input type="checkbox"/> 国（その他）					
<input type="checkbox"/> その他					

2022.3

【送付先】 郵 送 : 〒261-0002 千葉市美浜区新港249-4
 公益社団法人千葉県看護協会 総務課
 FAX : 043-248-7246

受付	処理
	/