

# 退職者連絡票

太枠内は必須

記入日	年 月 日	連絡先				
施設名					施設番号	
担当者 (氏名・部署)						

## 退職者

	千葉県看護協会 会員番号	氏名	退職日	*協会使用欄
1			/	<input type="checkbox"/> 0000 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 県内変更済 <input type="checkbox"/> 9002
2			/	<input type="checkbox"/> 0000 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 県内変更済 <input type="checkbox"/> 9002
3			/	<input type="checkbox"/> 0000 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 県内変更済 <input type="checkbox"/> 9002
4			/	<input type="checkbox"/> 0000 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 県内変更済 <input type="checkbox"/> 9002
5			/	<input type="checkbox"/> 0000 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 県内変更済 <input type="checkbox"/> 9002
6			/	<input type="checkbox"/> 0000 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 県内変更済 <input type="checkbox"/> 9002
7			/	<input type="checkbox"/> 0000 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 県内変更済 <input type="checkbox"/> 9002
8			/	<input type="checkbox"/> 0000 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 県内変更済 <input type="checkbox"/> 9002
9			/	<input type="checkbox"/> 0000 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 県内変更済 <input type="checkbox"/> 9002
10			/	<input type="checkbox"/> 0000 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 県内変更済 <input type="checkbox"/> 9002

2022.3

\*本連絡票は、所属会員の、貴施設の『退職』を連絡するものであり、『退会』とは異なります。

退会希望の場合は、必ず会員本人が記入した『退会届』をご提出ください。

\*会員情報(勤務先を含む)の変更は、可能な限り会員本人が『キャリアナース』等から手続きして下さるよう、ご依頼ください。退職者本人の所属変更手続きが確認できない場合に、本票をご活用ください。

\*退職連絡後、対象者は『個人会員』となります。

\*看護協会から退職者宛の送付物が届いた場合は、お手数ですが千葉県看護協会にご返送ください。

**【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**

\*協会使用欄

受 付