

# 記入例

## 愛知県看護協会 会員情報変更届

ありましたので、届出いたします。

### 記入の書き方・注意点

- ・該当する変更区分全てにチェックを入れ、[変更後]欄は変更項目のみご記入ください。
- ・「退職」は新規勤務先名称欄に「個人」と記入し、自宅住所をご記入ください。(郵送物は自宅宛に届くため)
- ・会員証のみの再発行を希望する場合、チェックのみで構いません。
- ・**継続会員のみ県外へ転出される場合も愛知県で継続できます。継続希望の場合はチェックしてください。**
- ・**他県看護協会へ転出する場合は、移動先の都道府県看護協会へご連絡ください。**

| 変更区分                                     | チェック<br><input checked="" type="checkbox"/>   |
|--|---|
| 勤務先変更<br><small>※新勤務先の名称と住所を記載する</small> | <input checked="" type="checkbox"/>   |
| 退職                                       | <input type="checkbox"/>  |
| 改姓                                       | <input checked="" type="checkbox"/>   |
| 会員証再発行                                   | <input checked="" type="checkbox"/>   |
| 自宅住所変更                                   | <input checked="" type="checkbox"/>   |
| 会費納入方法変更                                 | <input checked="" type="checkbox"/>   |
| 職種変更<br><small>※免許番号も併せて記載する</small>     | <input type="checkbox"/>  |
| 他県より転入                                   | <input type="checkbox"/>  |
| 他県へ転出                                    | <input type="checkbox"/> 他県へ転出するが愛知県看護協会での入会継続を希望します<br><input type="checkbox"/> 他都道府県看護協会へ転出します <b>※必ず移動先の看護協会へご連絡ください</b> |

**愛知県看護協会の会員証のコピーを貼付**

**※会員証がない場合、氏名・生年月日・会員番号(わかる場合)を記入してください。**

|      |                   |
|------|-------------------|
| フリガナ | ナゴヤ ハナコ           |
| 氏名   | 名古屋 花子            |
| 生年月日 | 西暦 1987 年 1 月 1 日 |
| 会員番号 | 9 9 9 9 9 9       |

### 変更後 (変更項目のみ記入してください)

|  |   |               |   |
|--|---|---------------|---|
| フリガナ   | アイチ ハナコ   | 自宅住所<br>(新規)  | (〒 999 - 9999 )<br>名古屋市昭和区円上町 × × ×<br>(TEL 999 - 9999 - 9999 ) |
| 改正後氏名  | 愛知 花子   | 免許番号          |   |
| 職種   | 保・助・看・准   | 勤務先名称<br>(新規) | ●●病院  |
| 新規勤務先<br>施設No.                                     | 9 9 9 9   | 勤務先住所<br>(新規) | (〒 000 - 0000 )<br>名古屋市中村区名駅 × × ×<br>(TEL 000 - 0000 - 0000 )  |
| 会費納入方法<br><input checked="" type="checkbox"/> チェック | <input type="checkbox"/> コンビニ収納へ変更(個人会員のみ選択可能) <input type="checkbox"/> 銀行振込へ変更(個人会員のみ選択可能)<br><input checked="" type="checkbox"/> 勤務先でとりまとめて納入へ変更(施設会員のみ選択可能)<br><small>※口座振替に変更する場合は、「入会申込書/変更届」をご提出いただくか、「キャリアナース」から振替用口座情報をご登録ください。</small> |               |   |
| 変更年月日  | 20 年 月 日より  |               |   |
| 備考   |   |               |   |