年　　月　　日

様式－６

**支　部　変　更　届**

山形県看護連盟　会長　様

山形県看護連盟　　　　　　　　支部

支部長　　　　　　　　　印

この度、以下の変更を申請いたしますので、　　　　年　　月　　日より

変更お願いいたします。

記

**支部長変更**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 会 員NO． |  | | |
| ふ り が な  氏　　名 |  | | |
| 勤務先 |  | | |
| 勤務先住所 | 〒 | TEL |  |
| FAX |  |
| 自宅住所 | 〒 | TEL |  |
| 携帯 |  |
| メールアドレス |  | FAX |  |

**支部幹事長変更**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 会 員NO． |  | | |
| ふ り が な  氏　　名 |  | | |
| 勤務先 |  | | |
| 勤務先住所 | 〒 | TEL |  |
| FAX |  |
| 自宅住所 | 〒 | TEL |  |
| 携帯 |  |
| メールアドレス |  | FAX |  |

　2023年4月１日 改訂