大阪府訪問看護ステーション協会
変更・退会届

年　月　日

いずれかを 丸で囲んでください	変　更　　退　会

ブロック （　　）ブロック	会員番号 NO.（　　）

事業所名	フリガナ
管理者氏名	フリガナ
事業所住所	〒　　－ 大阪府
連絡先	ＴＥＬ　　（　　） ＦＡＸ　　（　　）
Ｅ－mail	
HP アドレス	
変更箇所 （該当するもの全てにﾁｪｯｸを付してください）	変更予定年月日　　年　　月　　日 □事業所名　□管理者名　□事業所住所　□連絡先（TEL/FAX） □E-mail　□HP アドレス
退会理由 （該当するもの全てにﾁｪｯｸを付してください）	□入会目的が達成できない □会費が高い □設置主体（法人）の変更 □事業所の統合 □事業所の閉鎖　（理由：　　） （閉鎖（予定）年月日　　年　　月　　日） □その他（　　）
備考	

ＦＡＸ返信先：０６－６７６７－３８０１