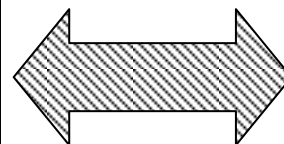


FAX 番号 027-269-8601 へ送信下さい。送付票不要。

### 会員番号等調査依頼書

返信先	宛 先
施設名 _____	群馬県看護協会
担当者 _____	入会担当 宛
TEL _____	TEL : 027-269-5565
FAX _____	FAX : 027-269-8601



依頼者記入欄(すべて記入必須)					看護協会記入欄			
フリガナ 氏 名	(旧姓)	生年月日 (西暦)	最終 入会年	入会時 所属施設	県会員番号	JNA 会員番号	運営維持管理費 納入状況	備考

※再加入等で会員番号や看護教育センター運営維持管理費の納入状況が不明な方は、この様式を使用し FAX にてお問合せ下さい。