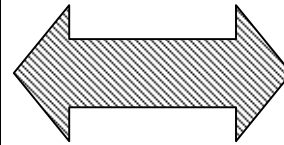


FAX 番号 027-269-8601 へ送信下さい。送付票不要。

群馬県看護協会 会員入会履歴調査依頼書

返信先
施設名 _____
担当者 _____
TEL _____
FAX _____



宛 先
群馬県看護協会
入会担当 宛
TEL : 027-269-5565
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		入会年	入会時所属施設	会員入会履歴			備考
氏名		年ごろ		年～	年まで	年間	
		年ごろ		年～	年まで	年間	
(旧姓)		年ごろ		年～	年まで	年間	
生年月日		年ごろ		年～	年まで	年間	
群馬県看護協会 会員番号	0	年ごろ		年～	年まで	年間	

※ 1 会員入会履歴が不明な場合は、この依頼書を使用し FAX にて事前にお問合せ下さい。

※ 2 調査可能な会員入会履歴は昭和 58 年以降となります。また、平成 3 年以前の記録につきましては紙の名簿の調査になりますので、回答にお時間を頂く場合があります。