**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　　　　　　　　　　　　　担当者　　　　　　　　　　　　　TEL　　　　　　　　　　　　　　　FAX　　　　　　　　　　　　　　　 |  | 群馬県看護協会入会担当　宛TEL：027-269-5565FAX：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。