|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 名　称 |  | | 会員番号(事務局記入)  NO. S |
| 住　所 | 〒 | | |
| 責任者名 |  | | |
| 担当者名 |  | | |
| 電　話 |  | FAX |  |
| E-mail |  | | |
| 登録者名  追加  変更 |  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |

**日本視機能看護学会　施設会員登録事項変更届**

**届出日2020年　月　日**

* 変更のある項目に○印をつけて変更後の内容をご記入下さい。
* ご記入の上、下記連絡先E-mailまたはFAXにてお届け下さい。

※ 連絡先：

**日本視機能看護学会事務局：〒161-0031東京都新宿区西落合4－17－20　佐々木**

**TEL／FAX：03-6908-0533　Email：shikinou@hcsquare.jp**