**送付先　大分県看護協会　総務部　行**

**（ＦＡＸ　０９７－５４５－３７５１）**

会員代表者変更届

|  |  |
| --- | --- |
| **施設名** |  |
| **施設№** |  |
| **前代表者** |  |
| **新代表者** |  |
| **職位** |  |
| **変更月日** | 　　　　年　　月　　日より |
| **備考** |  |

**※　変更がありましたら必ずお知らせください。**