

会員登録情報変更届

e-mail kango.jsnam@nhtjp.com / FAX 03-5244-5142

日本臨床看護マネジメント学会事務局 宛

下記の()のいずれかに○を付けて必要事項をご記入のうえ、事務局へ送信願います。
字は丁寧に分かりやすく記入してください。※は必須事項です。

※お名前 _____

※会員番号 _____

()1. 氏名

()2. 所属

所属機関名称 _____

部署名 _____

役職名 _____

所在地 〒 _____

TEL _____ FAX _____ Email _____

()3. 自宅

住所 〒 _____

TEL _____ FAX _____

()4. その他

連絡先変更 勤務先 自宅(いずれかを選択)

()5. 退会を希望する。