

# 会 員 変 更 申 請 書

鳥取県老人保健施設協会会長 殿

下記のとおり会員を変更したいので、申請いたします。

平成 年 月 日

介護老人保健施設名

代表者（開設者又は代表者）役職

氏名

印

記

変更内容	変更日	新	旧
会 員	(ふりがな) 氏 名	年 月 日	
	役 職		
	職 種		
	その他		
変更理由			
上記の者を当施設の会員として指定します。			
施設開設者 役職・氏名			印
(開設者及び管理者以外の方を正会員とする場合のみ記名・捺印下さい)			

以上