(社)北海道老人保健施設協議会
会 員 変 更 届

平成　　年　　月　　日

老人保健施設名	
会　員　名	印
老人保健施設住所・電話	〒
	TEL　　FAX

変 更 内 容		変 更 日	新	旧
会員	フ リ ガ ナ	年　月　日		
	氏　　名			
	役　　職			
	職　　種			
	*医師の場合は専門科目			
	変 更 理 由	(開設者及び管理者以外の方を正会員とする場合はその理由もご記入下さい)		
	上記の者を当施設の正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)			