様式８

会　員　変　更　申　請　書

一般社団法人岩手県介護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。

年　　月　　日

（ふ　り　が　な）

介護老人保健施設名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代表者（開設者又は管理者）　役　職 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ㊞

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			
	＊医師の場合は専門科目			
	変更理由	（開設者及び管理者以外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）			

以上