

# 住所・氏名・勤務先等変更届

令和 年 月 日

学校法人 愛西学園  
 弥富看護学校長 様

学籍番号 \_\_\_\_\_

項目の□にレ点をつけてください。  
 下記のとおり変更しましたので届出いたします。

氏 名 \_\_\_\_\_

	変更日	年 月 日	
	項目	変 更 前	変 更 後
□ 住所・氏名変更届	氏 名		ふりがな
	住 所	〒 ー	〒 ー
	電話番号		
	F A X		
	携帯番号		
□ 勤務先変更届	施 設 名		※正式名称を記入してください
	住 所	〒 ー	〒 ー
	新しい施設の種類 ※該当するところに○印をつける	<input type="checkbox"/> 病院（20床以上の病床を有する医療施設） <input type="checkbox"/> 有床診療所（19床以下の病床を有する医療施設） <input type="checkbox"/> 無床診療所（病床をもたない医療施設） <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 訪問看護ステーション <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 福祉施設（身体障害者・知的障害者施設、保育施設 等） <input type="checkbox"/> その他（保健所、血液センター、健康管理センター 等） <input type="checkbox"/> 無職	病床数  床
	勤 務 先 電 話	電話番号（ ー ー ） 1. 電話して良いか 可 ・ 否 2. 学校名を言ってよいか 可 ・ 否 3. 連絡可能な時間帯（ ～ ）	

※必ず郵送、持参で事務室に提出してください（FAXでの提出は不可）