

一般財団法人 日本看護学教育評価機構 代表者変更届

学校コード：

学校名：

代表者：

印

〔※旧代表者のご記名・ご捺印をお願いいたします。〕

公印、個人印(シャチハタ以外)どちらでも構いません。〕

本学は、一般財団法人日本看護学教育評価機構の代表者変更届を提出します。

交代年月日： _____

記

1. 代表者名と役職名/職位 (例：学部長/教授)

ふりがな

旧代表者名： _____ 、役職名/職位： _____

職種：代表者の有する資格にチェックを入れてください。(複数チェック可)

看護師 ・ 助産師 ・ 保健師 ・ その他 (_____)

ふりがな

新代表者名： _____ 、役職名/職位： _____

(1) JANPU 会員校の場合、該当する方にチェックを入れてください。(1つだけにチェック)

JANPU 社員と本機構に登録する代表者は同じである、 同左は、別である。

(2) 職種：代表者の有する資格にチェックを入れてください。(複数チェック可)

看護師 ・ 助産師 ・ 保健師 ・ その他 (_____)

2. 登録機関、団体名 (大学・学部・学科名、大学院・研究科・専攻名)

変更あり 変更なし ※変更のない場合は記入不要です

名称： _____

英語名称： _____

日本看護系大学協議会 (JANPU) 会員校の場合 JANPU 会員コード (4桁)： _____

3. 所在地及び連絡先

変更あり 変更なし ※変更のない場合は記入不要です

〒 _____

TEL： _____ FAX： _____

4. ご連絡先（メーリングリスト登録アドレス、電話/FAX 番号）

複数のアドレスをご希望の場合は、全てアドレスをご記入ください。

（1）メーリングリスト登録アドレス

E-mail : _____

E-mail : _____

（2）事務担当者の電話番号、FAX 番号、E-mail

所属部署名 : _____、 職位 : _____

氏名 : _____

TEL : _____、 FAX : _____

E-mail : _____

上記 3 の所在地と違う場合はその住所 : _____

事務局連絡先 :

一般財団法人 日本看護学教育評価機構 事務局
〒101-0047

東京都千代田区内神田 2-11-5 大沢ビル 7 階

電話番号 : 03-3526-2436、 FAX 番号 : 03-3526-2437

E-mail : office@jabne.or.jp