

NST 稼働施設変更届

年 月 日届出

施設名	
施設番号	

※変更する箇所のみご記載ください。

■ 認定の辞退（ 年 月 日付） ※認定証（原本）をご返却ください。

1. NST 代表者（学会員の医師）の不在
氏名（ ）
2. NST 業務の停止
3. その他（ ）

■ 施設情報の変更（ 年 月 日付）

※認定証の再発行をご希望の場合は、『認定証再発行申請書』をご記入の上、併せてお送りください。

	変更前	変更後
施設名		
所在地	〒	〒
施設長		
TEL 番号		
メールアドレス		

■ NST 代表者 [医師] の変更（ 年 月 日付）

	変更前	変更後
氏名		
会員番号	N	N
メールアドレス		

■ コアスタッフの変更（ 年 月 日付）

	変更前	変更後
氏名		
会員番号	N	N
メールアドレス		

本件（NST 稼働施設）に関するご担当者様

氏名		所属	
電話番号		メールアドレス	

郵送・FAX・メールにて、学会事務局へお送りください。
変更内容が反映されるまで 2 週間程かかる場合がございますのでご了承ください。