

※ 記載時の注意事項

活動機関に関する届出
NOTIFICATION OF THE ACCEPTING ORGANIZATION

※ 必ず日本語か英語で記載してください。
④の連絡先欄も確実に記載願います。

① 届出人 Applicant

英字氏名 **TURNER ELIZABETH** 性別 **女 (Female)**
 Name in English Sex
 生年月日 **1995** 年 **4** 月 **1** 日 国籍・地域 **米国**
 Date of Birth Year Month Day Nationality/Region
 住居地 **〒100-8977 東京都千代田区霞が関1丁目1番1号 霞が関ハイツ202** ※ 在留カードの記載に合わせる
 Address in Japan
 在留カード番号 **A B 1 2 3 4 5 6 7 8 C D**
 Residence card No.
 在留資格 **医療 (Medical Services)**
 Status of residence

② 届出の事由 Item of notification

「活動機関からの離脱」及び「新たな活動機関への移籍」

Left the organization

※ 活動機関からの離脱と新たな活動機関への移籍について同時に届け出る場合

A 活動機関からの離脱

Left the organization

離脱年月日 **2019** 年 **8** 月 **1** 日 法人番号(13桁) ●●●●●●●●●●●●●●●●
 Date of left the organization Year Month Day Corporate number
 離脱した機関の名称 **ABC病院**
 Name of the organization
 離脱した機関の所在地 **〒100-8977 東京都千代田区霞が関1-1** (電話 tel. **03-3592-0000**)※
 Address of the organization

B 新たな活動機関への移籍 Transfer to a new organization

※ 移籍前の機関がAの記載と同じ場合は、「同上」と記載しても差し支えありません

移籍年月日 **2019** 年 **8** 月 **3** 日
 Date of transfer Year Month Day
 機関の名称 移籍前 ★ **同上** 移籍後 **イロハ医療センター**
 Name of the organization Previous Org. New Org.
 機関の法人番号(13桁) 移籍前 ★ **同上** 移籍後 **▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲**
 Corporate number Previous Org. New Org.
 機関の所在地 移籍前 ★ **〒同上** (電話 tel.)※
 Address of the organization Previous Org.
 移籍後 **〒108-8255 東京都港区港南5-5-30** (電話 tel. **03-5796-0000**)※
 New Org.

新たな機関における活動の内容(「留学」の在留資格を除く) Details of activities at the new organization (except for the status of residence of "Student")

看護師

※ 新しい活動機関での具体的な活動内容を記載してください(職業名でも可)。
新たな活動機関での活動内容について確認する場合には、
最寄りの出入国在留管理官署に問い合わせてください。

③ 届出人(本人)の署名

ELIZABETH TURNER **2019** 年 **8** 月 **8** 日
Year Month Day

④ 届出人又は届出代理人の連絡先

※ ③は必ず届出人(本人)の自筆 ④電話番号欄も記入

Contact telephone number of the applicant, representative or agent
 該当するものを選んでください。check one of the following boxes 届出人 applicant 届出代理人 representative or agent
 電話番号 Telephone No. ※ 携帯電話番号 Cellular phone No. **090-3456-0000**※

※ 本書中、※のついた連絡先については、届出内容の確認のため、連絡させていただく場合があります。

★ 本書中、★のついた名称、法人番号、所在地について、Aと同じ場合には、「同上」と記載して差し支えありません。

⑤ 届出代理人(本人)

※ ⑤は本人にかわって代理人が届け出るときに記入 (in case of representative, agent or other)

氏名 本人との関係
 Name Relationship with the applicant
 住所 届出年月日 年 月 日
 Address Date of notification Year Month Day

参考様式1の1(所属機関の名称変更, 所在地変更又は消滅)
(Affiliation organization: change in the name/address, extinguishment)

所属機関に関する届出
NOTIFICATION OF THE ORGANIZATION OF AFFILIATION

① 届出人 Applicant

英字氏名 _____ 性別 _____
Name on the residence card _____ Sex _____
生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 国籍・地域 _____
Date of Birth _____ Year _____ Month _____ Day _____ Nationality/Region _____
住居地〒 _____
Address in Japan _____
在留カード番号 _____
Residence card No. _____
在留資格 _____
Status of residence _____

② 届出の事由(該当するものを選んでください。) Item of notification (check one of the following boxes)

所属機関の名称変更 所属機関の所在地変更 所属機関の消滅
Change in the name of the organization Change in the address of the organization Extinguishment of the organization
↓ ↓ ↓
AとCをすべて記入 BとCをすべて記入 Dをすべて記入
to both A and C below. to both B and C below. to D below.

A 変更前の所属機関名称
Old name of the organization _____
変更年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 法人番号(13桁)
Date of change _____ Year _____ Month _____ Day _____ Corporate number _____

B 変更前の所属機関所在地 〒 _____ (電話 tel. _____)※
Old address of the organization _____
変更年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 法人番号(13桁)
Date of change _____ Year _____ Month _____ Day _____ Corporate number _____

C 現在の所属機関名称
Name of the organization _____
現在の所属機関所在地 〒 _____ (電話 tel. _____)※
Address of the organization _____

D 消滅年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 法人番号(13桁)
Date of extinguishment _____ Year _____ Month _____ Day _____ Corporate number _____
消滅した機関の名称 _____
Name of the extinct organization _____
消滅した機関の所在地 〒 _____ (電話 tel. _____)※
Address of the extinct organization _____
(Address at the time of the extinguishment)

③ 届出人(本人)の署名 Signature of the applicant

_____ 年 _____ 月 _____ 日
_____ Year _____ Month _____ Day

④ 届出人又は届出代理人の連絡先

Contact telephone number of the applicant, representative or agent

該当するものを選んでください。check one of the following boxes 届出人 applicant 届出代理人 representative or agent

電話番号 Telephone No. _____ ※ 携帯電話番号 Cellular phone No. _____ ※

※ 本書中、※のついた連絡先については、届出内容の確認のため、連絡させていただく場合があります。

⑤ 届出代理人(本人以外の者が届け出る場合に記入) Representative or agent (in case of representative, agent or other)

氏名 _____ 本人との関係 _____
Name _____ Relationship with the applicant _____
住所 _____ 届出年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____
Address _____ Date of notification _____ Year _____ Month _____ Day _____