

※ 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 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

注 意 事 項

NOTICE

次に掲げる在留資格の方は、この届出用紙を使用してください。

For those who have the following status of residence, please use this notification form.

- 教授 (Professor)
- 高度専門職1号(ハ) (Highly Skilled Professional (i)(c))
- 高度専門職2号(ハ) (Highly Skilled Professional (ii)(c))
- 経営・管理 (Business Manager)
- 法律・会計業務 (Legal/Accounting Services)
- 医療 (Medical Services)
- 教育 (Instructor)
- 企業内転勤 (Intra-company Transferee)
- 技能実習 (Technical Intern Training)
- 留学 (Student)
- 研修 (Trainee)

※ この届出は、次の場合に行ってください。

- 活動機関での受入れが終了したとき(活動機関の離脱)
- 新たな活動機関での受入れが開始されたとき(活動機関の移籍)

※ Please submit this notification in the following cases.

- When your affiliation with the accepting organization is over (left the organization).
- When you are affiliated with a new accepting organization (transfer to a new organization).