

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

① 届出人 Applicant

①は、在留カードのとおり書いてください。Please write ① as written on your residence card.

英字氏名
Name on the residence card

TURNER ELIZABETH

性別
Sex 女 (Female)

生年月日
Date of Birth

1995 年 4 月 1 日
Year Month Day

国籍・地域
Nationality/Region 米国

住居地
Address in Japan 100-8977

東京都千代田区霞が関1丁目1番1号 霞ヶ関ハイツ202号

在留カード番号
Residence card No.

A B 1 2 3 4 5 6 7 8 C D

在留資格
Status of residence

医療 (Medical Services)

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 and transfer to a new organization

A 活動機関からの離脱 Left the organization

離脱、移籍ともに、未来の日付の場合は受付できません。
Future dates will not be accepted.

離脱年月日
Date of left the organization

2024 年 9 月 30 日
Year Month Day

法人番号(13桁)
Corporate number

離脱した機関の名称
Name of the organization

ABC病院

離脱した機関の所在地
Address of the organization

〒 100-8977
東京都千代田区霞が関1-0

(電話 tel.03-3592-0000)※

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

Aと同じ場合は、「同上」と書くことができます。
If it is the same as A, you can write "same as above".

移籍年月日
Date of transfer

2024 年 10 月 1 日
Year Month Day

機関の名称
Name of the organization

移籍前 ★ 同上
Previous Org.

移籍後
New Org.

イロハ医療センター

機関の法人番号(13桁)
Corporate number

移籍前 ★ 同上
Previous Org.

移籍後
New Org.

▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲

機関の所在地
Address of the organization

移籍前 ★ 〒 同上
Previous Org.

(電話 tel.)※

移籍後 〒 108-8255
New Org. 東京都港区港南5-5-00

(電話 tel.03-5796-0000)※

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

新たな機関での活動内容を書いてください。職業名を書いて構いません。
Please write about your activities at your new Accepting organization. You may also write your occupation name.

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

TURNER ELIZABETH

2024 年 10 月 2 日
Year Month Day

④ 届出人の連絡先 Contact telephone number of the applicant

③は、必ず届出人(本人)が手書きしてください。
③ must be handwritten by the person submitting the form.

電話番号 Telephone No.

携帯電話番号 Cellular phone No. 090-9876-0000

④は、連絡がとれる電話番号を書いてください。
In ④, please write a phone number where you can be contacted.

⑤ 提出者(本人以外の者が提出する場合に記入) submitter (in case of representative, agent or other)

氏名
Name

入管 花子

本人との関係
Relationship with the applicant

雇用主

住所
Address

〒 100-●●●●
東京都千代田区〇〇1-2

電話番号
Telephone or Cellular phone No

090-1234-0000

⑥ 届出年月日
Date of notification

2024 年 10 月 3 日
Year Month Day

※ 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。

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).