

災害支援ナース登録変更・中止届

記入日 年 月 日

施設名: _____

登録者氏名: _____ 登録者番号 _____

該当する項目に□にレ印を付けてください。

1		<input type="checkbox"/> 変更	<input type="checkbox"/> 中止
2	変 更 内 容	<input type="checkbox"/> 氏名	変更後の氏名〔 _____ 〕
		<input type="checkbox"/> 施設名	変更後の施設名〔 _____ 〕
		<input type="checkbox"/> 施設住所	変更後の施設住所 〒 _____ 住所
			電話 FAX E-メール
	容	<input type="checkbox"/> 自宅住所	変更後の住所 〒 _____ 住所
			電話 E-メール
3	中 止 内 容	<input type="checkbox"/> 退職	
		<input type="checkbox"/> 県外への異動	
		<input type="checkbox"/> その他〔 _____ 〕	

※所属施設が変わった場合は新しく「災害支援ナース登録申請書」が必要になります
 ※該当する項目を記入後、FAXにて秋田県看護協会へ送付してください。

秋田県看護協会 FAX番号 018-835-9522

