

長崎県看護協会災害支援ナース再登録申請書

再登録申請日		平成	年	月	日	
登録No.	登録	平成	年	月	(※ 左記は、不明の場合は記入不要)	
フリガナ			生年月日			血液型
氏名			S・H	年	月	日生 型
職能： 保健師 ・ 助産師 ・ 看護師 ・ 准看護師						
※ 再登録の理由						

所属施設の承諾書

上記の者を災害支援ナースとして再登録することを承諾します。
但し、施設の状況により派遣できない場合があることをご承知おき下さい。

平成 年 月 日

公益社団法人長崎県看護協会長 様

施設名

※ 事務局処理欄

受付日	
再登録年月日	
登録NO:	
当初登録期間	

1. 登録書と登録証用の写真(4×3cm)2枚を併せてご提出ください。写真の裏に、氏名を、記載してください。
2. 変更があった場合、下記に連絡ください

連絡先: 公益社団法人長崎県看護協会 事務局

長崎県諫早市永昌町23番6号 TEL:0957-49-8050 FAX:0957-49-8056