|  |
| --- |
| 様式３ |
| **長崎県看護協会長　宛** |
|   |
| **【長崎県看護協会講師人材登録事業】** |
| **登　録　抹　消　届** |
|  |
|  |  | 　　届出年月日　：　　　　　　年　　　月　　　日 |
|  |  |  |
| 　下記により、登録名簿からの抹消を申請し、今後の事業活動を終了致します。 |
| 登録者氏名 | 　 | 　登録番号 | 　　Ｎｏ． |
| 免　　　　　許 | 保健師　　助産師　　看護師 | 生年月日 | 　　　　年　　　月　　　日（　　　　歳） |
| 所属施設名 | 　 |
| 所属施設住所 | 〒 |
| 電話番号ＦＡＸ番号 | 所属電話番号所属ＦＡＸ番号 | 本人連絡電話番号 |
| 登録分野 |  |
| 自由記載欄 |  |

公益社団法人長崎県看護協会　研修センター

　担当：野中・古川

TEL 0957-49-8057　 FAX　0957-49-8059

Ｅ-mail：kensyu@nagasaki-nurse.or.jp