|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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