**登録様式2**

災害支援ナース登録（変更・取消）申請書

神奈川県看護協会長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　災害支援ナース登録番号

　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　（男・女）

[ ] **登録内容を変更します　・**[ ] **登録を取り消します**

※当てはまる□に✔を入れて、下記項目を記入してください。

**１．変更のある項目にご記入ください。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | 氏　　名 | フリガナ　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　旧姓　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　） |
| 2 | 勤 務 先（施設名）（施設住所）※勤務先が変更した場合は、下太枠の承諾書のご記入もお願いします | 施設名： |
| 施設住所：**〒** |
| TEL：　　　　　　　　　　FAX： |
| 3 | 自宅住所 | **〒** |
| TEL：　　　　　　　　　　FAX： |
| 4 | メールアドレスまたはFAX番号 | e-mail |
| FAX |

**２．勤務先が変更した方は、施設長の承諾サインが必要です。**

**承 諾 書**

上記の者を災害支援ナースとして登録することを承諾します。

ただし、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ください。

令和　　年　　月　　日

神奈川県看護協会 会長様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　施設名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　施設長（自筆）

＊記入後は、**郵送にて**神奈川県看護協会ヘ送付してください。

郵送先　〒231－0037

　　　　　横浜市中区富士見町３－１　公益社団法人神奈川県看護協会　災害医療対策担当宛

TEL　045－263－2932　　Fax　045－263－2905

E-mail　saigai@kana-kango.or.jp

平成28年3月改訂