

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

氏名 _____ (男・女) [災害支援ナース登録番号 _____]

登録内容を変更します ・ 登録を取り消します

※当てはまる口に✓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いたします	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）

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