災害支援ナース登録　変更・再開・休止届

届出年月日：　　年　　月　　日

登録№：＿＿＿＿＿

氏　名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

事項 該当項目に ✔印を付ける	
	□ 変更
	□ 再開
	□ 休止　休止期間　　年　　月　　日～　　年　　月　　日予定

変更内容	変更の有無	変更事項がある項目につき、ご記入ください。
氏名（ふりがな）	有・無	（旧姓：）
自宅住所	有・無	〒　　－
自宅TEL	有・無	
自宅FAX	有・無	
E-mail	有・無	
所属施設	有・無	施設名　（　　） 施設住所（　　） 〒　　－ TEL　　－　　－ FAX　　－　　－ ※所属施設に変更がある場合には、下記の承諾書欄に新たな施設所属長の承認を受けてください。所属長の承認がなければ登録はできません。

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。

年　　月　　日

兵庫県看護協会長　様

施設名

施設代表者(看護管理者)　　印

・登録内容に変更または、登録を休止する場合は、速やかに、本届を提出ください。
・災害支援ナース登録変更は、キャリナース等の協会員の変更手続きと連動していません。
・施設の変更または登録を再開する場合、必ず上記の承諾書欄に施設代表者(看護管理者)の承認を受けてください。承認がなければ登録はできません。
・氏名の変更の際は、登録証用の写真（3.0cm×2.5cm）と本届を併せてご提出ください。
（写真の裏に、必ず氏名を記載してください。）

【送付先】　公益社団法人兵庫県看護協会　災害支援ナース登録担当者　宛
〒650-0011　神戸市中央区下山手通5-6-24

（事務局使用欄）

受付年月日	
再登録年月日	
登録№	