

災害支援ナース登録 解消届

公益社団法人兵庫県看護協会長 様

届出年月日： 年 月 日

住所(所在地)：

施設名：

氏名：

電話番号：

下記の事由により災害支援ナースの登録を解消したいので届け出ます。

記

<p>解消の理由</p> <p>該当の項目へ✓印を、 その他を選択の場合は 詳細の理由をご記入く ださい</p>	<p><input type="checkbox"/>退職</p> <p><input type="checkbox"/>県外への移住</p> <p><input type="checkbox"/>その他</p>
--	--

登録を解消する場合は、登録証を添えて速やかにお申し出ください。

【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	
登録年月日	
登録No.	
登録抹消年月日	
処理	