（様式4）

（西暦）　　　　年　　月　　日

公益社団法人兵庫県看護協会長　様

兵庫県看護協会　　　　　　　　　　支部

（コーディネーター氏名）　　　　　　　　印

**「まちの保健室」コーディネーター登録解消届**

　以下に記載のとおり、コーディネーターの登録を解消いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 解消（予定）年月日 | （西暦）　　　　　年　　　月　　　日 |
| 解消の理由 |  |

兵庫県看護協会　　　　　　　支部

（支部代表）　　　　　　　　　印

※登録を解消される時は解消届を解消予定月日の1か月以上前までに提出してください。

（以下は事務局記載欄です。何も記載しないでください）

|  |  |
| --- | --- |
| 解消月日 |  |
| 謝金の支払い |  |
| 後任の有無 |  |