（様式3）

（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

（支部代表）　　　　　　　　　　　　印

**「まちの保健室」コーディネーター登録届**

以下の内容で、「まちの保健室」コーディネーターとして登録いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 | ふりがな |
|  |
| 生年月日 |  |
| 登録（予定）年月日 | （西暦）　　　　　年　　　月　　　日 |
| 自宅 | 住所：〒 |
| TEL：　　　　　　　　　　 |
| FAX： |
| 携帯電話： |
| E-mail（PC）： |
| E-mail（携帯電話）： |
| 勤務先 | 施設名： |
| 住所：〒 |
| TEL：　　　　　　　　　　 |
| FAX： |
| 兵庫県看護協会会員No． |  |
| その他 |  |

備考

* この情報は「まちの保健室」コーディネーターに関する事項以外には使用いたしません。
* 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。
* 支部において、登録が複数名あり、担当地区・役割を分担する場合は、その他の項目へその旨を記載ください。