

登録番号

広様式 - 5

災害支援ナース 登録事項変更・登録取消届

年 月 日

公益社団法人
広島県看護協会会長 様

氏名 _____ (男・女) 災害支援ナース登録番号 _____

(登録事項を変更します ・ 登録を取り消します)

※どちらかを○でかこんでください。

変更する項目を○でかこみ、変更内容のみ記入。

1 氏名	フリガナ (旧姓)
2 勤務先 (施設名)	施設名 : 住 所 : 〒 — TEL : FAX :
3 自宅住所	〒 — 自宅電話番号 : 携 帯 電 話 :
4 緊急連絡先	*必ず連絡が取れる人を記入してください TEL : (氏名 続柄)
5 備考・要望等	

災害支援ナース登録申込みに際して得た個人情報、災害時看護支援の派遣に用い、この利用目的の範囲を超えて個人情報を取り扱うことはいたしません。

郵送先 〒 730-0803

広島市中区広瀬北町9-2 公益社団法人広島県看護協会 事務局事業部 宛