様式4

**災害支援ナース登録（変更･中止）申請書**

施　設　名：

登録者氏名：

登録番号：

該当する項目に☑をし、必要事項をご記入下さい。

|  |  |
| --- | --- |
|  | □変更　　　□中止 |
| 変 更 内 容 | □　氏 　名　変更後の氏名　（　　　　　　 　　　 　　　　）  □　施 設 名　変更後の施設名（　　　　　　　　　　　　 　）  □　施設住所　変更後の施設住所  　　　　　 　〒　　　―  　　　　　　電話　　　　　 　　　FAX  □　自宅住所　変更後の自宅住所  　　　　　　〒　　　　―  　　　　　　電話　　　 　　　　　FAX   * その他 |
| 中 止 内 容 | □　退職  □　県外への移動  □　その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　） |

※記入後、FAXまたはメールにて岐阜県看護協会へご返信ください。

公益社団法人岐阜県看護協会 FAX：**（０５８）２７５－５３００**

E-mail：**jigyou@gifu-kango.or.jp**