|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 様式１ | | | | | | | | |
|  |  |  | |  |  | |  | |
|  |  |  | |  |  | |  | |
| 公益社団法人　岐阜県看護協会長様 | | | |  |  | |  | |
|  |  |  | |  |  | |  | |
| 専門・認定看護師等　登録・活用システム　登録申請書 | | | | | | | | |
|  |  |  | |  |  | |  | |
| 新規 |  |  | |  |  | |  | |
| ・全てご記入ください。 | |  | |  |  | |  | |
|  |  |  | |  |  | |  | |
| 申請年月日【　　　　　　　年　　　　月　　　　日】 | | | | | | | | |
| \* | 所属施設名 |  | | | | | | |
| \* | ふりがな |  | | | | | | |
| 氏名 |  | | | | | | |
| \* | 資格 | 専門看護師 | 認定看護師 | | | | | 認定看護管理者 |
| \* | 分野 |  | | | | | | |
|  | 認定取得年 | 西暦　　　　　　　　　年 | | | | | | |
| \* | 研修講師の実績 自己アピール |  | | | | | | |
| \* | 派遣可能地域 | 医療圏 | | | | 県内全域 | | |
|  |  |  | |  |  | |  | |
| \* は岐阜県看護協会のホームぺージ上に公開させていただきます。 | | | | | | |  | |
|  |  |  | |  |  | |  | |
|  |  |  | |  |  | |  | |
| 上記の者の新規登録を承認いたします。 | | | |  |  | |  | |
|  |  |  | |  |  | |  | |
| 所属施設長もしくは看護部長　職位　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（自署） | | | | | | | | |
|  |  |  | |  |  | |  | |
|  |  |  | |  |  | |  | |
| ２回目以降新規登録される方は、ホームページよりこの書式をダウンロードし、メールにてご送付ください。 | | | | | | | | |
|  | |  | |  |  | |  | |