|  |
| --- |
| 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　 | 不可能 |
| \* | 問合せ先 | 部署（担当者） | 電話番号 |
|  |  |  |  |  |  |
| \* 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。（派遣不可能の場合は非公開） |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 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。 |