|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 様式２ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | |  |  |  | | | |  | | |  | |  | |
| 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・活用システム登録変更・中止申請書 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | |  |  | 所属 | | | |  | | | | | | |
|  | | |  | |  |  | 登録時氏名 | | | |  | | | | | | |
| ※いずれかにチェックしてください。 | | | | | | |  | | | |  | | | | | | |
|  | |  | 変更 |  |  |  |  | | | |  | | | | | | |
| ・氏名欄は必ずご記入ください。 | | | | | |  |  | | | |  | | |  | |  | |
| ・変更する項目をご記入ください。 | | | | | | |  | | | |  | | |  | |  | |
| ・変更の理由をご記入ください。（例：結婚、実績追加等） | | | | | | | | | | |  | | | |  | |  |
|  |  | | 中止 |  |  |  |  | | | |  | | |  | |  | |
| ・氏名欄・連絡先欄は必ずご記入ください。 | | | | | | |  | | | |  | | |  | |  | |
| ・中止の理由をご記入ください。（任意）（例：退職・県外移動等） | | | | | | | | | | |  | | | |  | |  |
|  | | |  | |  |  |  | | | |  | | |  | |  | |
| 変更・中止依頼年月日【　　　　　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 | | | | | | | | | | | |
|  | | | 申請者連絡先 | | | E-mail |  | | | | | | | | | | |
| 電話 |  | | | | | | | | | | |
| \* | | | 研修講師の実績 自己アピール | | |  | | | | | | | | | | | |
|  | | | 変更・中止の理由（任意） | | |  | | | | | | | | | | | |
| \* | | | 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） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ・個人での派遣を希望される方は、協会までご連絡ください。 | | | | | | | | | | |  | | | |  | |  |
| ・施設変更の場合は、変更後に改めて申請してください。 | | | | | | | | | | |  | | | |  | |  |
|  | | |  | |  |  |  | | | |  | | |  | |  | |
| 上記の者の変更・登録中止を承認いたします。 | | | | | | |  | | | |  | | |  | |  | |
| 所属施設長もしくは看護部長　職位　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(自署） | | | | | | | | | | | | | | | | | |