（様式-2）

高知県看護協会 災害支援ナース登録事項変更･登録取消届

年　月　日

※ 該当番号にチェックし、該当欄に記載ください

☐ 1 登録事項を変更します

☐ 2 登録を取り消します

※ 太枠は記入必須

災害支援ナース登録番号（8桁） 登録証印字番号 ： 【　　】	
フリガナ 氏名 ：	生年月日： S・H 年 月 日生 性別： 男・女
職種： 保健師 ・ 助産師 ・ 看護師 ・ 准看護師	地区：（ ）地区

変更のあった項目のみ記載ください

	変更前	変更後
1 登録事項	氏名変更（旧姓）：	氏名：
	自宅住所：〒	自宅住所：〒
	自宅TEL：	自宅TEL：
	FAX：	FAX：
	携帯電話：	携帯電話：
勤務先	勤務先：	勤務先：
	勤務先住所：〒	勤務先住所：〒
	TEL：	TEL：
	FAX：	FAX：

2 取消	登録を取り消し 取り消し理由 ： ☐退職　☐県外へ移動　☐その他（ ）

連絡先： 〒780-8066 高知市朝倉己825-5 公益社団法人高知県看護協会

TEL： 088-844-0678 FAX： 088-844-0053