

(様式 5)

## 災害支援ナース登録辞退届

20 年 月 日 (西暦)

公益社団法人福島県看護協会長 様

①施設名 \_\_\_\_\_  
看護職責任者氏名 \_\_\_\_\_

②氏 名 \_\_\_\_\_  
災害支援ナース登録番号 No. \_\_\_\_\_

都合により災害支援ナースの登録を辞退しますので届けます。

**辞退の理由** (※差し支えなければ辞退の理由をお書きください。)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

☆登録証を添えてご提出下さい。