

(様式3)

災害支援ナース登録変更届

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.

下記のとおり登録内容に変更がありましたので、届けます。

変更内容項目	氏名・勤務先等・その他 ()
変更前内容	
変更後内容	

☆災害支援ナース登録変更は、会員の変更届けと連動はしていませんので、変更があった場合は速やかに、変更届けを提出ください。

☆施設の変更の場合、必ず所属長・看護職責任者の承諾を得た後に変更届けを提出ください。