

(様式4 - 1) <<災害支援ナース登録更新の確認書>>

20 年 月 日 (西暦)

I. 登 録 者

(ふりがな)

登録者名 \_\_\_\_\_

県会員 NO \_\_\_\_\_ 災害支援ナース登録 NO \_\_\_\_\_

II. 登録更新の有無 (該当を○で囲んでください)

- 更新します (下記に研修名・受講年度を記入のこと)
- 登録を辞退します

辞退の方は、登録証の返却をお願いします。返却できない方は理由を記入してください。

(理由 \_\_\_\_\_ )

III. 研 修 受 講 歴

マニュアルを参照し、更新までの間の研修等の受講歴について記載してください。なお、受講や参加の証明を添付してください。

有 研修名等 \_\_\_\_\_ 受講年月日 \_\_\_\_\_

研修名等 \_\_\_\_\_ 受講年月日 \_\_\_\_\_

研修名等 \_\_\_\_\_ 受講年月日 \_\_\_\_\_

なし

※被災地での活動経験がある方は、記入してください。

有 被災地 \_\_\_\_\_

※登録を引続き希望の方で登録状況に変更のある方は、変更届の提出をお願いします