**（ふく様式①）**

災害支援ナース登録変更届

　年　　月　　日

公益社団法人福島県看護協会長　様

①施設名

　　　②氏　名

　　　　　　　　　　　　　　③災害支援ナース養成研修終了証番号（12桁）

№

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　・その他（　　　　　　　　　　　　） |
| 変更前 |  |
| 変更後 |  |
| ※【**所属施設の変更がある場合**】 |
| □管理責任者の承諾を得ている　必ず承認を得てから、☑してください。（新しい所属が県と派遣に関する協定を結んでいない場合、新たに協定を結ぶ必要があります。年度途中の異動の場合翌年度になる場合もあります。） |

**＊災害支援ナース登録情報の変更は、ナースシップ、EMISとは連動していないため、**

**変更があった場合は速やかに、メール（**saigai-na@fna.or.jp**）で提出する**

**＊施設変更の場合、必ず変更後の所属長・看護職責任者等の了承を得て変更届けを提出する**