**（ふく様式②）**

災害支援ナース登録辞退届

　　年　　　月　　日

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

　　　　　　　　　　　　　　　③災害支援ナース養成研修終了証番号（12桁）

№

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。） |
| **＊**個人会員以外は、派遣に関する協定を県と締結しているため  必ず**看護職責任者や担当者等に伝えてから辞退届けを提出する**  □管理責任者の承諾を得た |

メールで提出する：saigai-na@fna.or.jp