## 公益社団法人愛媛県看護協会長様

# (公社) 愛媛県看護協会リソースナース登録及び情報の変更について

| < | □登録 | □変更 | 口中止 | > 該当 | 当項目にチェックしてください |
|---|-----|-----|-----|------|----------------|
|---|-----|-----|-----|------|----------------|

### 変更時

- ・氏名・連絡先は必ずご記入下さい。
- ・変更箇所をご記入ください。

#### 中止時

- ・氏名・連絡先は必ずご記入下さい。
- 中止の理由をご記入ください。(例:退職、県外移動等)

|   |                   | 申請年月   | 年     | 月    | $\Box$  |  |
|---|-------------------|--------|-------|------|---------|--|
| * | 資格                | 声明手举体  | 認定看護師 |      | 羽中手港笠田老 |  |
|   | (0印をつけてください。)     | 専門看護師  | A 課程  | B 課程 | 認定看護管理者 |  |
| * | 専門・認定分野名          |        |       |      |         |  |
|   | 認定番号              | 認定No.  |       |      |         |  |
|   | 認定取得年             | 西暦     | 年     |      |         |  |
| * | ふ り が な           |        |       |      |         |  |
| * | 氏 名               |        |       |      |         |  |
| * | 所属施設名             |        |       |      |         |  |
|   | 連絡先               | E-mail |       |      |         |  |
|   | 建                 | 電話     |       |      |         |  |
| * | <br>  特定行為研修      | 修了年度:  |       |      |         |  |
|   | を受講した方            | 研修区分:  |       |      |         |  |
|   | 中止の理由             |        |       |      |         |  |
|   | 所属長または<br>看護部長の承認 | 有      |       |      |         |  |

所属施設長もしくは看護部長の承認後、下記協会担当者宛にメールか FAX でお送りください。

#### 【連絡先】

〒790-0843 松山市道後町 2 丁目 11-14 公益社団法人愛媛県看護協会 担当者

TEL: 089-908-5578 FAX: 089-908-6288

E-mail: shinjin@nursing-ehime.or.jp

<sup>\*</sup> は愛媛県看護協会のホームページ上に公開させていただきます。