　様式

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　□中止　＞　該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）

申請年月日【　　　　　年　　　月　　　日】

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ＊ | 資格  （○印をつけてください。） | 専門看護師 | | | 認定看護師 | | 認定看護管理者 |
| A課程 | B課程 |
| ＊ | 専門・認定分野名 |  | | | | | |
|  | 認定番号 | 認定№ | | | | | |
|  | 認定取得年 | 西暦　　　　　　　　　　年 | | | | | |
| \*  \* | ふりがな  氏名 |  | | | | | |
| \* | 所属施設名 |  | | | | | |
|  | 連絡先 | Ｅ-mail | |  | | | |
| 電　話 | |  | | | |
| \* | 特定行為研修  を受講した方 | 修了年度： | | | | | |
| 研修区分： | | | | | |
|  | 中止の理由 |  | | | | | |
|  | 所属長または  看護部長の承認 | 有 |  | | | | |

\* 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。

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でのご連絡をお願いいたします。

【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　リソースナース担当

　　　TEL：089-908-5578

　　　FAX：089-908-6288

　E-mail :nintei@nursing-ehime.or.jp

[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：森田美恵子

　　　　TEL:089-908-5578

　　　　FAX:089-908-6288

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

[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：森田美恵子

　　　　TEL:089-908-5578

　　　　FAX:089-908-6288

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

[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：森田美恵子

　　　　TEL:089-908-5578

　　　　FAX:089-908-6288

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

[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：森田美恵子

　　　　TEL:089-908-5578

　　　　FAX:089-908-6288

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