

災害支援ナース登録（変更・中止）申請書

北海道看護協会事業課行

FAX : 011-863-3204

TEL : 011-861-3292

E-mail : jigyoun@hkna.or.jp

※該当する項目の□にレ印をつけてください

(ふりがな) 氏 名	
所属施設名	
変更内容	<input type="checkbox"/> 氏名 変更後の氏名 () <input type="checkbox"/> 施設 変更後の施設名 () 〒 - 電話 FAX ※必ず記入 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin: 5px 0;">*施設変更の場合は、登録申請書を改めて提出してください。</div> <input type="checkbox"/> 自宅 変更後の住所 〒 - 電話 FAX 携帯電話番号 携帯メールアドレス
中止内容	<input type="checkbox"/> 道外への移動 <input type="checkbox"/> その他