**長野県看護協会　リソースナース　登録内容変更・抹消届**

**届出日　　　　　年　　　　月　　　日**

**登録者氏名**

**所属施設名**

**1.2.のいずれかに○をし、該当事項を記入してください。**

**1.下記のとおり登録内容の変更を届け出ます。**

**↓変更項目に○をし、変更する登録内容のみ記載してください。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 氏　　名 | ふりがな |
|  |
|  | 所属施設 | 施設名 |
| 〒  住所  TEL  メールアドレス |
|  | 所属部署 |  |
|  | 勤務形態 | いずれかに○を　（　専　従　・　兼　務　） |
|  | 個人連絡先 | **※本人に直接連絡を希望する場合のみ記入**  連絡先TEL  メールアドレス |
|  | 資格・  領域等 | ①専門看護師（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ②認定看護師（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ③認定看護管理者  ④特定行為研修修了（　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ⑤精神科認定看護師  ⑥その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
|  | 【活動内容・自己アピール】 | |

**２.長野県看護協会リソースナースとしての登録の抹消を希望します。**

理由（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）