公益社団法人岩手県看護協会　会長宛て

**リソースナース登録申請書**

申請年月日：　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 | ふりがな | | | | 岩手県看護協会会員番号 | | 免許（該当にレ点） |
|  | | | | № | | □保健師　 □助産師 　□看護師 |
| 取得資格 | 〇印 | 資格名 | | 分野・研修区分　等 | | | |
|  | 専門看護師 | |  | | | |
|  | 認定看護師　　　　＊ | |  | | | |
|  | 特定行為研修修了　＊ | |  | | | |
|  | 認定看護管理者 | |  | | | |
|  | アドバンス助産師 | |  | | | |
| ＊特定認定看護師は、認定・特定の両方にチェックをして、認定分野・研修区分を記入 | | | | | | |
| コメント  （任意記載） | ＜得意領域・継続して取り組んでいることなど＞ | | | | | | |
| 登録者  連絡先 | 施設名 | |  | | | | |
| 住　所 | | 〒 | | | | |
| 電　話  FAX | |  | | | E-mail |  |
| 連絡窓口  （登録者本人が窓口となる場合は記載不要） | | | 役職：　　　　　　　　　　　　氏名：  電話：　　　　　　　　　　　　内線（　　　　　　　）  E-mail | | | | |
| 推薦書（所属施設のある方のみ看護管理者または施設長が記載）  上記の者をリソースナース登録者として推薦します。  施設名：  職名：　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 | | | | | | | |
| 岩手県看護協会 会長決裁欄  年　　月　　日 | | | | | | | |