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 |