様式２

熊本県潜在保健師等人材バンク

登録　変更・抹消　申請書

|  |  |
| --- | --- |
| 提出年月日 | 年　　月　　日　 |
| 氏　名 |  |

登録内容の　変更・抹消　について、申請します。

　↓変更の場合は、変更項目に〇を付け、変更後の情報を記載（抹消の場合は、記載不要）。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ふりがな |  |
| 氏名 |  |
|  | 自宅住所 | 〒 |
|  | 電話番号 |  |
|  | メールアドレス |  |
|  | 勤務可能エリア | 熊本市　　有明　　山鹿　　菊池　　阿蘇　　御船　宇城　　　八代　　水俣　　人吉　　天草 |
|  | IHEATへの登録 | 可　・　不可 |
|  | 勤務先 | 勤務先名称：勤務先住所： |
|  | 備考 |  |

【提出方法】熊本県健康福祉部健康局医療政策課看護班へメール又は郵送

　　　・メールアドレス　iryoseisaku@pref.kumamoto.lg.jp

　　　　　　・住所　〒862-8570熊本市中央区水前寺６丁目１８－１