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取消届**

届出年月日：　　　年　　月　　日

　リソースナース登録名簿からの取消しを申請し、今後の事業活動を終了いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| リソースナース登録番号 | 　　№ |
| 氏　名 | ふりがな |
|  |

取消の理由（任意記載）