（延期願）

令和　　　年 　　月　　 日

公益社団法人　茨城県看護協会

会　長　　白川　洋子　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＜届出者＞

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　登録番号　No.

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所属施設名

災害支援ナース登録更新研修受講の延期願い

私は、このたび、下記により標記研修の受講について延期の許可をいただきたくお願いいた

します。

記

　　　１　延期期間　　　　　１年間

　　　２　延期の理由