

# 承 諾 書

自施設所属の\_\_\_\_\_を石川県看護協会の  
災害支援ナースとして登録することを承諾いたします。

平成        年        月        日

施設名：

施設長名

捺印

施設住所：

公益社団法人 石川県看護協会長 様