**日本救急看護学会　トリアージナース資格**

**有効期限延長申請書**

日本救急看護学会

トリアージ委員会　宛

申請日：　　年　　月　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １ | 申請者氏名 |  |
| ２ | 申請者所属名 |  |
| ３ | トリアージ認定番号 |  |
| ４ | 資格有効期限年月日 |  |
| ５ | 申　請　理　由  （該当項目にチェック、その他の事情の場合は理由を明記） | □妊娠・育児休業＊  □介護　　　　□本人の病気＊  □その他  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

　「＊」印については、証明証の添付をお願い致します。（コピーで結構です）

　　・妊娠・育児休業　：　出産証明証、施設からの育児休暇辞令書等

　　・本人の病気　：　診断書、施設からの辞令書等

※郵送またはPDFで事務局メールアドレス（jaen@herusu-shuppan.co.jp）に送付下さい。その際、メールの件名は「トリアージナース資格　延長申請書」として下さい。

＊学会側記載欄

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 承認有無 | 承認日（西暦） | 新資格有効期限（西暦） |
| □　諾  □　否 | 年　　月　　日 | 年　　月　　日まで有効 |