（様式１：看護学生用／非会員）

＊受付 No.＿＿＿＿

１．推薦者の氏名・会員番号（非会員の方は不要）	会員番号：
２．推薦者の所属 （連絡先のメールアドレス）	
３．受給候補者の居住地（住所）	
４．受給候補者の氏名（ふりがな）	（　　）
５．受給候補者の所属 ＊学生の場合は看護師等養成学校名(学年)	（　　）年生
６．書類添付の状況	
①在籍証明書（学生証のコピーで可） ②罹災証明書(保護者も可)または同届出証明書（被災証明書または同届出証明書でもよい）	１．添付あり　　２．なし・後日提出（　　頃の予定） １．添付あり　　２．なし・後日提出（　　頃の予定） ※受給候補者と罹災場所（者）の関係： ア．本人／本人の居住地 イ．同居していない保護者の居住地 ウ．その他（　　） ＊上記添付が遅延・不可能な場合は、8. その他に理由を書いてください。
７．受給希望理由（受給候補者記載） （必要時、枠を拡大してください）	・被災状況と受給希望する理由を<u>収入減・支出増に関する状況等に照らして具体的に</u>記載してください。
８．その他	

この申請書類は本学会の HP よりダウンロードできます。

＜事務局記載欄＞
＊受付番号

＊受付年月日

一般社団法人日本看護研究学会
令和６年９月能登半島豪雨災害支援事業支援金申請書

申込日　　年　　月　　日

一般社団法人日本看護研究学会
大規模災害支援事業委員会　委員長殿

推薦者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（自筆署名をお願いします。）

様式１により、（氏名：自筆署名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿を、

令和６年９月能登半島豪雨災害支援事業支援金受給者として、必要書類を添えて、推薦します。