

*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)	1. 添付あり 2. なし・後日提出 () 頃の予定
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 ※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年能登半島地震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年能登半島地震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。