**ＡＷＡナースサポート承諾書**

私は、「ＡＷＡナースサポートセンター事業」の趣旨を理解し、以下の内容を確認した上で、ＡＷＡナースに就任することに承諾します。

1. ｢ＡＷＡナースサポートセンター事業｣活動に伴い、取得した個人情報は本事業目的以外に使用しないこと
2. 本事業における活動の結果は、施設または個人が特定されない形で公表すること

令和　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

公益社団法人徳島県看護協会

会　長　　　　　　　　殿