慢性腎臓病療養指導看護師（CKDLN）認定　**延長申請理由書**

記載日　 年　　月　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 会員番号 |  | |
| 氏名 |  | |
| 認定番号 |  | |
| 認定期間**※** | 年　　　月　　　日　　～　　　　年　　　月　　　日 | |
| 申請資格  確認 | 該当する方に〇をつけてください | |
| 日本国の看護師免許を有する | はい ・ いいえ |
| 認定資格を有する5年間（認定期間の延長を認められている場合は、その期間も含む）、継続して日本腎不全看護学会正会員であり、慢性腎臓病療養指導看護師である | はい ・ いいえ |
| 病気その他やむを得ない延長理由がある | はい ・ いいえ |
| 延長申請  理由 |  | |

* 延長申請が2度目以上の場合は、「当初の認定開始日～延長期間の終了日」を記載する

本人署名

|  |  |
| --- | --- |
| 事務局受付 |  |
| 認定委員会 |  |