

<b>平成 年度 災害支援ナース登録申請書</b>										
記入日:平成 年 月 日										
施設 No			施設名							
氏 名			性別		県会員 No		生年月日	S		
職 種	保健師・助産師・看護師			実務経験			年	自動車運転免許	有・無	
専門看護師資格	( )									
認定看護師	救急看護・緩和ケア・訪問看護・不妊症治療・手術看護・小児救急看護・がん放射線治療看護・皮膚/排泄ケア・がん化学療法看護・感染管理・新生児集中ケア・乳がん看護・認知症看護・集中ケア・がん性疼痛看護・糖尿病看護・透析看護・摂食/障害看護・脳卒中リハ看護									
語 学	英語・中国語・韓国語・ドイツ語・フランス語・その他( )									
現住所	〒									
電話			携帯電話			FAX			E-Mail	
所属先科名	外科・内科・小児科・産婦人科・ICU・脳外科・精神科・手術室・外来・訪問看護 ST・その他( )							内線		
緊急連絡先	氏名			続柄		電話			携帯電話	
連絡先	現住所と同じ・現住所以外→			〒						
災害研修参加経験	登録要件研修	S・H 年 月		研修名( )				主催( )		
		S・H 年 月		研修名( )				主催( )		
		S・H 年 月		研修名( )				主催( )		
		S・H 年 月		研修名( )				主催( )		
災害活動参加経験	無・有→	S・H 年 月		災害名( )		施設名( )		活動日数( 日)		
		S・H 年 月		災害名( )		施設名( )		活動日数( 日)		
		S・H 年 月		災害名( )		施設名( )		活動日数( 日)		
		S・H 年 月		災害名( )		施設名( )		活動日数( 日)		
得意科目	救命/救急・外科・内科・小児科・産婦人科・精神科・その他( )									
活動できる地域	指定なし・指定あり →( )都道府県単位で記入									
看護職賠償責任保険	未加入・加入 →		日看協看護職賠償責任保険・その他( )				→期間満了年月		H 年 月	
その他										

<b>承諾書</b>
下記の者を平成 年度災害支援ナースとして登録することを承認します。 千葉県看護協会長様 平成 年 月 日
施設名: _____
責任者職・氏名(自筆) _____

<b>同意書</b>
私は、登録要件を確認した上で、千葉県看護協会の平成 年度災害支援ナースに登録します。 施設長様 平成 年 月 日
施設名: _____
氏名(自筆) _____

この個人情報については、災害支援ナースの登録に関する事務、派遣に関する事務、災害支援ナースに係る研修に関する事務以外に使用しません。