記 入 上 の 注 意 点（個人会員用）

平成　年度　災害支援ナース登録申請書

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
	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							

同意書

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。

千葉県看護協会長様

平成　年　月　日

施設名：

氏名(自筆)

記入上の注意点

1　基本的にすべての項目に記入が必要です。（施設No.施設名以外）

2　この用紙に記入しきれない場合は、用紙をコピーして該当欄に記入してください。
その場合は、追加の用紙にも必ず氏名を記入してください。

専門看護師資格がある方は、（）内に種類を記入してください。
認定看護師資格がある方は、該当する種類を〇で囲ってください。
会話可能な語学がある方は、該当する種類を〇で囲ってください。その他の場合は、内容を記入してください。

携帯電話をお持ちの場合は、必ずご記入ください。
所属先科名・内線は記入不要です。
緊急連絡先は、可能な限り2つの電話番号（固定・携帯）を記入してください。
緊急連絡先の住所は、現住所と同じ・現住所以外のどちらかを〇で囲み、現住所以外の場合のみ、その住所を記入してください。

印刷された登録要件研修については、内容を確認してください。また、印刷以外に受講済の研修がありましたら、追加記入してください。
災害活動参加経験については、千葉県看護協会からの派遣以外も、全て記入してください。

得意科目名は、該当するものを〇で囲ってください。（複数可能）その他の場合は、内容を記入してください。
活動できる地域は、指定あり・指定ありのどちらかに〇で囲み、指定ありの場合のみ、可能な都道府県を記入してください。
看護職賠償責任保険は、未加入・加入のどちらかに〇で囲み、加入している方はさらに、日看協看護職賠償責任保険・その他のどちらかを〇で囲ってください。その他の場合は、内容を記入してください。日看協看護職賠償責任保険・その他のいずれの場合も期間満了年月を記入してください。
＊　日看協看護職賠償責任保険にH24年度で年間加入している場合の期間満了はH25.10です。

同意書

同意書には、登録者本人の氏名を自筆で記入してください。