

<b>◆ 年度 災害支援ナース登録申請書</b>											
								記入日:	年 月 日		
施設 No			施設名								
氏 名			性別		県会員 No		生年月日				
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・不妊症看護・手術看護・小児救急看護・がん放射線療法看護・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/嚥下障害看護・脳卒中リハ看護・慢性呼吸器疾患看護・慢性心不全看護										
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	
災害 研修 参加 経験	登録要件研修		年 月	研修名( )		主催( )					
			年 月	研修名( )		主催( )					
			年 月	研修名( )		主催( )					
			年 月	研修名( )		主催( )					
災害 活動 参加 経験	無・有→	年 月	災害名( )		施設名( )		活動日数( 日)				
		年 月	災害名( )		施設名( )		活動日数( 日)				
		年 月	災害名( )		施設名( )		活動日数( 日)				
		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		年 月	
その他											

<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 年度災害支援ナースに登録します。 千葉県看護協会長様 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。

【送付先・問合せ先】

〒261-0002 千葉市美浜区新港 249-4  
 公益社団法人千葉県看護協会  
 事業第一課 災害担当  
 TEL 043-245-0025