

◆ 年度 災害支援ナース登録申請書									
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									

承諾書	
下記の者を 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	
年 月 日	施設名： _____
	責任者職・氏名(自筆) _____

同意書	
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。	
施設長様	
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。