

# 高知県看護協会 地域災害支援ナース登録申請書

2014. 7

氏名	性別： 男 女	生年月日： 年 月 日生	
	会員 No. ( ) ・ 非会員		
自宅	住所 〒 -		写真貼付 (縦3×横2.4cm) 裏面に氏名を記載してください。
	電話 ( ) -		
	FAX ( ) -		
	携帯電話 ( ) -		
Eメール：			
緊急連絡先 (本人以外)	電話 ( ) -	氏名 続柄 ( )	
現在就業状況	1. 就業している 2. 就業していない		
所属施設	施設名：		
	住所 〒 -		
	電話 ( ) -	FAX ( ) -	
	最終離職年： 年 月		
免許	種類 ( 保健師 助産師 看護師 准看護師 ) 免許 No.( ) 臨床経験年数( 年)		
災害活動歴	1. あり 活動年月日： 年 月 日 活動内容： [ ]		2. なし
	1. あり 研修名：( )		2. なし
災害看護研修 受講の有無			
活動可能日数	通勤路復旧まで ・ 1～3日 ・ 5日 ・ 7日 ・ 10日 ・ 必要な日数		
活動範囲	1. 住居地(最寄)の医療救護所 2. 住居地(最寄)の避難所 3. 近隣の市町村の医療救護所又は避難所 4. その他		
就業有の方	上記の者が地域災害支援ナースに登録することを承認します。  施設名： 施設長： 印		

※個人情報の取り扱い:この申請で得た個人情報は、高知県下で発生する自然災害時に伴う業務に用い、この利用目的の範囲を超えて取り扱うことはありません。

※研修会場で撮影が済んでいない場合:写真(縦3×横2.4cm)は、貼付用と登録証用2枚をご準備願います。

公益社団法人高知県看護協会 災害看護委員会  
連絡先：電話 088-844-0678 FAX 088-844-0053