

## 高知県看護協会災害支援ナース登録申請書

\*大枠内を記入し、該当する番号に○印をつけてください。

\*太線黒枠部分は看護協会が記入します

登録申込日	平成	年	月	日	受付者		
登録 NO.	登録年月日				登録抹消		
登録年月日	年	月	日	年	月		
日本看護協会会員番号							
フリガナ 氏名	男・女			生年月日 S・H	年	月	日生
職能：保健師・助産師・看護師・准看護師	地区（ ）地区						
自宅住所： e-mail: TEL: FAX:	勤務先名： 勤務先住所： e-mail: TEL: FAX:						
管理職経験の有無（1.有 2.無）	活動可能な分野：外科系 内科系 母性 小児						
派遣実績の有無（1.有 2.無）	精神 救急 ICU 手術室 その他（ ）						
派遣先の範囲	1. 県外派遣も可		2. 県内のみ		3. 居住地周辺地区		
期 間	1. 2～3日		2. 3～5日		3. その他（ ）		
要請時はすぐ対応できますか？	1. すぐ活動できる		2. 準備に数日必要				
資格・特技	1. 運転免許（普通・大型・二輪）		2. 手話		3. 外国語（ ） 4. その他		
災害研修受講の有無	1. 有：研修（ 年 研修名： ）		2. 無				
所属長の承諾の有無	1. 有 2. 無		所属長のサイン				
備考：要望など							

\*登録申請書に写真1枚（3×2.5cm）を添付し、提出してください。但し、研修受講時に会場で写真撮影している方は不要です。

\*自宅・勤務先等の連絡先は必ず連絡の取れるところをご記入ください。

\*登録内容に変更があった場合、随時、下記にご連絡ください

連絡先：社団法人高知県看護協会 事務局

高知市朝倉己825番5 TEL:088-844-0678

FAX:088-844-0053

e-mail:jnastosa@i-kochi.or.jp