

高知県看護協会災害支援ナース登録申請書

(新規・更新)

※ 登録証作成用に写真(3×2.5)を1枚添付してください。ただし、研修会場で撮影した方は不要です。

令和 年 月 日

フリガナ 氏名：	性別 男・女	生年月日 S・H 年 月 日	歳
職種：保・助・看・准	会員番号	高知県看護協会(6桁)	
		日本看護協会(8桁)	
勤務先	施設名： 住 所：〒		
	TEL：		FAX：
自宅	住 所：〒		
	自宅電話：		携帯電話(必須)：
必須研修 受講状況	<input type="checkbox"/> 災害支援ナース 基礎編(2日間のDVD研修) _____ 年度 <input type="checkbox"/> 災害支援ナース 実務編(地域災害支援ナース継続受講者編) _____ 年度		
実務経験	実務経験年数 _____ 年 経験分野に <input checked="" type="checkbox"/> してください。 <input type="checkbox"/> 産・婦人科系 <input type="checkbox"/> 小児系 <input type="checkbox"/> 内科系 <input type="checkbox"/> 外科系 <input type="checkbox"/> 精神科系 <input type="checkbox"/> 救急/ICU <input type="checkbox"/> 手術室 <input type="checkbox"/> 地域保健(訪問看護含む) <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> その他(_____)		
管理者経験	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
活動可能範囲	<input type="checkbox"/> 県内のみ <input type="checkbox"/> 県内・外		
災害支援活動経験	※これまでの災害支援活動経験		
賠償責任保険 加入の有無	※該当するほうに <input checked="" type="checkbox"/> してください <input type="checkbox"/> 加入している (<input type="checkbox"/> 日看協 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 加入していない		

上記の者が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

災害支援ナース登録申込みの際に得た個人情報は、災害支援ナースの派遣に用い、この利用目的の範囲を超えて個人情報を取り扱うことはいたしません。

【送付・問い合わせ先】

公益社団法人 高知県看護協会 〒780-8066 高知市朝倉己825-5

TEL:088-844-0678 FAX:088-844-0053

受付日 /	受付者	登録年月日 /	登録番号(8桁)	地区支部	データ確認 <input type="checkbox"/>
----------	-----	------------	----------	------	-----------------------------------