

高知県看護協会 地域災害支援ナース登録申請書 (新規・更新)

※ 地域災害支援ナース 初回受講者編の受講が必須です。

フリガナ 氏名：		生年月日： S・H 年 月 日	
性別： 男 ・ 女		会員番号： <input type="checkbox"/> 会員(6桁)【 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 】： <input type="checkbox"/> 非会員	
自宅	住所：〒		貼らないで ください 写真 (縦3×横2.4cm) 裏面へ氏名を 記載して下さい
	自宅電話：		
携帯電話(必須)：			
緊急連絡先 (本人以外)	電話番号：		
	氏名：	続柄：	
現在の就業状況	<input type="checkbox"/> 就業している <input type="checkbox"/> 就業していない		
勤務先	施設名：		
	住所：〒		
	TEL：		FAX：
職種	保健師 ・ 助産師 ・ 看護師 ・ 准看護師		
災害支援ナース 登録	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
活動歴	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
	活動年月日： 年 月 日		
	活動内容：		
研修受講状況	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
	<input type="checkbox"/> 地域災害支援ナース 初回受講者編 受講日(年 月 日) 開催場所:()		
	<input type="checkbox"/> 地域災害支援ナース 継続受講者編 受講日(年 月 日) 開催場所:()		

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。

※ 登録証作成用に写真(3×2.4)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。

【送付・問い合わせ先】

〒780-8066 高知市朝倉己825-5

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

受付日 /	受付者	登録年月日 /	登録番号(3桁)	地区支部	データ確認 <input type="checkbox"/>
----------	-----	------------	----------	------	-----------------------------------