

(別紙 1)

※登録番号

災害支援ナース登録申請書

※は、看護協会が記載します

フリガナ 氏名		男 女	生年月日(西暦) 年 月 日 ()歳
自宅住所 TEL/FAX 携帯/Eメール	〒 TEL : FAX : 携帯 : Eメール :		
活動中の 緊急連絡先	①氏名 : 続柄()TEL: ②氏名 : 続柄()TEL:		
所属施設名 住所 TEL/FAX	〒 TEL: FAX:		所属施設なし (該当の場合は○で 囲んでください)
免許種類等	種類:(保健師・助産師・看護師・准看護師) その他 (救命救急士・)		免許No.
日本看護協会会員No.			
災害研修の 受講経験	<input type="checkbox"/> 有(主催者・研修名が分かれば記入) 主催者: 研修名:		<input type="checkbox"/> 無 受講時期: 年頃
災害救護経験	<input type="checkbox"/> 有(活動場所:) <input type="checkbox"/> 無		
専門分野以外に得意分野がありましたらご記入ください。(例:語学、レクレーション技術等)			

私は上記のとおり災害支援ナースとして登録したいので申請します。

登録証貼付用 写真 (3×4cm) 裏面に氏名を記載し クリップでとめること
--

平成 年 月 日
氏名 _____ 印 _____

所属施設の承諾書

災害支援ナース登録確認事項を確認し、滋賀県看護協会災害支援ナースへの登録を認めます

平成 年 月 日
施設名 _____
所属長 _____ 印 _____