

令和3年度 災害支援ナース登録票

(新規 ・ 更新 ・ 再登録)

写真
貼らないでください

記入年月日： 年 月 日 ※太枠内を記入してください
新規登録者については登録No. 記載不要

日本看護協会会員No.		福岡県看護協会会員No.		災害支援ナース 登録No.			
フリガナ 氏名	Ⓜ	性別 女・男	生年月日	西暦 年 月 日 ()歳			
職 種	保・助・看・准	免許番号		経験 年数	年	職位	
自宅住所	〒						
連絡先	自宅TEL			FAX			
	携帯TEL			携帯メール			
主な 経験領域	①救急外来 ②外科 ③内科 ④小児科					回答欄 ※あてはまる番号全て回答	
	⑤産科 ⑥透析 ⑦精神科 ⑧その他()						
資 格	(例：認定看護師・専門看護師・DMAT等)						
受講履歴	基礎編	西暦 年度() 県)	受講した県	実務編	西暦 年度() 県)	受講した県	
	フォローアップ 研修	西暦 年度() 県)	受講した県	その他災害に 関する研修	西暦 年度() 年度()	研修 研修)	
施設No.	地区支部	福岡(1・2・3・4・5・6・7) 筑豊(12) 北九州(8・9・10・11) 筑後(13・14)					
所属 施設名				所属 部署			
施設住所	〒						
※TEL・FAX・メールアドレスは、災害支援ナース派遣時に施設で使用するものを所属長がご記入ください。							
(TEL)		(FAX)		(Mail)			
上記の者を公益社団法人 福岡県看護協会 災害支援ナースとして、登録することに同意します。							
施設長(職名・氏名)						印	
看護部門責任者(職名・氏名)							

*登録票と登録証用の写真(縦4cm×横3cmカラー)の裏に名前を明記し、送付してください。

(登録更新…1枚、再登録・新規登録…2枚)

*日本看護協会看護職賠償責任保険 振込時の受領証(複写)もしくは加入証明書の控えを必ず添付してください。

*施設TEL・FAX・Mailは、派遣に関して連絡をする際に使用するものを記載してください。