

# 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

忘れずに押印して  
ください!!

してください  
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.		登録No.	
フリガナ 氏名	フクオカ カンコ 福岡 看子 ⑩	性別 女・男	生年月日	西暦 1980年 1月 1日(●●)歳	
職種	保・助・ <b>看</b> ・准	免許番号	●●●●	経験年数	
自宅住所	〒				
連絡先	自宅TEL	092-●●●●-●●●●	FAX		
	携帯TEL	080-××××-××××	携帯メール	kanko@◆◆.ne.jp	
主な 経験領域	①救急外来 ②外科 ③内科 ④小児科 ⑤産科 ⑥透析 ⑦精神科 ⑧その他( )				回答欄 ※あてはまる番号全て回答 ①④
	資格	(例：認定看護師・専門看護師・DMAT等) DMAT・感染管理認定看護師			
受講履歴	基礎編	西暦 2019年度(福岡県)	受講した県	実務編	西暦 2019年度(福岡県)
	フォローアップ 研修	西暦 年度( )	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	医療法人 ●●●●病院				
施設住所	〒●●●●-●●●● 福岡市東区〇〇…				
※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記載してください。					
(TEL) ***-****		(FAX) ***-****		(Mail) hospital@×.ne.jp	
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)		病院長 博多 看太郎		施設の公印を押して ください。	
看護部門責任者(職名・氏名)		看護部長 福岡 花子		印	

携帯メールアドレスは必ず  
ご記入ください。

派遣に関して施設への連絡に使用する番  
号・アドレスを記載してください。  
※派遣依頼時は基本的にFAX送信として  
います!!

\*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。