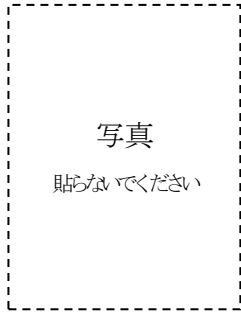


令和元年度 災害支援ナース登録票

(新規 ・ 更新 ・ 再登録)

作成年月日： 年 月 日 ※太枠内にもれなく記入してください。



県看護協会会員No.				災害支援ナース			
日本看護協会会員No.				登録No.			
フリガナ 氏名	⑩		性別 女・男	生年 月日	西暦 年 月 日 () 歳		
職種	保・助・看	免許 番号			経験 年数	年	職位
自宅住所	〒						
連絡先	TEL			FAX			
	携帯TEL			携帯メール			
項目	内 容					回答欄 (番号記入)	
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					当てはまるもの全て	
資格	(例：認定・専門・DMAT等)						
受講履歴	基礎編	西暦 受講した県 年度 () 県)		実務編	西暦 受講した県 年度 () 県)		
	フォローアッ プ研修	西暦 受講した県 年度 () 県)		その他 の研修	西暦 年度 () 研修 年度 () 研修)		
施設No.	地区 支部		福 岡 (1・2・3・4・5・6・7) 北九州 (8・9・10・11)		筑 豊 (12) 筑 後 (13・14)		
勤務先名称				所 属			
施設住所 〒							
(TEL)		(FAX)			(Mail)		
※上記の者を災害支援ナースとして、福岡県看護協会に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、**2枚送付**してください。
 *日本看護協会看護師賠償責任保険 **受領証**もしくは**加入証明書**を必ず添付してください。
 *施設 TEL・FAX・Mail は、**派遣**に関して**施設への連絡**に使用するものを記載してください。