

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 お忘れなく記入してください。



写真
貼らないでください

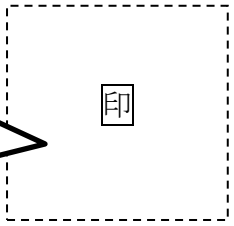
忘れずに押印してください!!

県看護協会会員No.	●●●	ナースNo.	
日本看護協会会員No.	●●●	ナースNo.	
フリガナ 氏名	フクオカ 福岡 カンコ 看子 印	性別	性 別 <input checked="" type="radio"/> 女 <input type="radio"/> 男
フリガナ 氏名	フクオカ 福岡 カンコ 看子 印	生年月日	西暦 1980年 1月 1日 (●●) 歳
職種	保・助 看 免許番号 ●●●●	経験年数	
自宅住所	〒812-0054 福岡市東区馬出 4-10-1		
連絡先	TEL	092-●●●●-●●●●	FAX
	携帯TEL	080-××××-××××	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 ①④
資格	(例：認定・専門・DMAT等) DMAT		
受講履歴	基礎編	西暦 受講した県 2018年度 (福岡県)	実務編
	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
施設No.	●●	地区支部	福 岡 (1・2・3・4・5・6・7) 支部 (1) 北九州 (8・9)
勤務先名称	医療法人 ●●●病院		
施設住所	〒×××-×××× 福岡市東区・・・・		
	(TEL) ***-**** (FAX) ***-**** (Mail) hospital@××.ne.jp		
※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を同意します。			
施設長 (職名・氏名)	病院長 博多 看太郎		
看護部門責任者 (職名・氏名)	看護部長 福岡		

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!!

施設の公印を押してください。



* 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。
 * 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。