

## 別表 1

## 山梨県看護協会災害支援ナース登録申請書

記入日 年 月

|                                     |   |                  |                        |
|-------------------------------------|---|------------------|------------------------|
| 氏名                                  |   | 男<br>女           | 生年月日<br>昭和・平成<br>年 月 日 |
| 住所                                  | (〒 )  |                  |                        |
| 電話番号                                | 自宅<br>携帯  | FAX<br>Eメール      |                        |
| 就業の有無                               | 有<br>施設名<br>住所<br>電話番号<br>FAX   | 無                | 最終離職<br>年 月            |
| 職種                                  | 保健師・助産師・看護師・准看護師 経験年数( 年)   |                  |                        |
| 看護協会員                               | 日看協NO.<br>山看協NO.  | 看護職賠償責任<br>保険の加入 | 有<br>無                 |
| 活動できる範囲<br>(できる範囲全てに○<br>をつけてください。) | 1 居住地周辺地区の医療救護活動<br>2 県内全域の医療救護活動<br>3 県外の被災地の医療救護活動                  |                  |                        |
| 活動可能日数                              | 1 3~5日程度 2 1週間程度 3 その他( )   |                  |                        |
| 経験分野                                | 1 救急救命処置 2 手術 3 透析 4 外科系 5 内科系 6 小児系<br>7 産科系 8 精神科系 9 地域看護 10 その他( ) |                  |                        |
| 研修                                  | 災害看護研修受講の有無 (有・無)<br>受講年月( 年 月) 主催:看護協会その他( )                         |                  |                        |
| その他                                 |   |                  |                        |

上記内容にて承認します。

|  |
|--|
| 職場記入欄                                    |
| 施設名                                      |
| 所属長 <span style="float: right;">㊟</span> |

※ 申請された方に災害支援ナース登録証を発行します。

※ 住所・就業場所の変更・登録を辞退したい時がありましたらご連絡ください。

山梨県看護協会