

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

| | | | | |
|-------------------------------------|---|--|----------------|-------------|
| フリガナ | | 男 | 生年月日 | |
| 氏名 | | 女 | 昭和・平成 年 月 日 | |
| 住所 | (〒 -) | | | |
| 電話番号 | 自宅： 携帯： | Fax： Email： | | |
| 就業の有無 | 有 | 施設名： 住所： 電話番号： Fax： Email： | 無 | 最終離職 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. 山看協 No. | 看護職賠償責任 保険の加入 | 有 無 | |
| 活動できる範囲 (できる範囲全てに○ をつけてください。) | 1 居住地周辺地区の医療救護活動 2 県内全域の医療救護活動 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 7 産科系 8 精神科系 9 地域看護 10 その他 () | | | |
| 研修 | 災害看護基礎研修受講の有無 (有 ・ 無) 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 |
| 所属施設長名 ㊟ |

- ※ 所属施設長名は、病院長名、施設長名等、施設の代表者、責任者名をお書きください。
- ※ 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・登録を辞任したい場合等がありましたらご連絡ください。

山梨県看護協会