

奈良県看護協会災害支援ナース登録申請書

*太枠内は本人記入欄

奈良県看護協会記入欄 登録番号

登録申込日	平成 年 月 日		該当を○で囲んでください 新規 ・ 更新 ・ 変更		
ふりがな		性別	生年月日 (西暦)	年 月 日生 (歳)	
氏名					
免許書	保・助・看・准	奈良県看護協会 会員No.		施設該当地区 (奈良・西和・中和・東和・南和)	
所属施設名	(所属部署)			TEL	
				FAX	
施設住所	〒 ※離職中の場合は離職年数をご記入ください(年)				
自宅住所	〒				
本人連絡先	TEL		E-mail:		
	FAX		家族等 緊急 連絡先:①	(氏名:)	
	携帯電話		②	(氏名:)	
看護職 実務経験	()年	得意分野	<input type="checkbox"/> 小児 <input type="checkbox"/> 母性 <input type="checkbox"/> 成人 <input type="checkbox"/> 老人 <input type="checkbox"/> 精神救急 <input type="checkbox"/> ICU <input type="checkbox"/> 手術室 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> その他 ()		
活動可能 範囲	<input type="checkbox"/> 県内医療救護活動		<input type="checkbox"/> 県外の被災地の救護活動		
資格・特技	<input type="checkbox"/> 運転免許 (普通・大型・原付) <input type="checkbox"/> 外国語 ()		<input type="checkbox"/> パソコン・インターネット <input type="checkbox"/> 手話 <input type="checkbox"/> その他()		
災害支援ナース研修受講	災害看護基礎研修		<input type="checkbox"/> 有(受講した年: 年) <input type="checkbox"/> 無		
	スキルアップ研修		<input type="checkbox"/> 有(受講した年: 年) <input type="checkbox"/> 無		
災害支援活動経験	<input type="checkbox"/> 有(具体的に) <input type="checkbox"/> 無				

施設承諾欄

上記の者を災害支援ナースとして登録することを承諾します。
但し、施設の状況により派遣できない場合があることをご承知ください。

平成 年 月 日

公益社団法人 奈良県看護協会 会長 殿

施設名

施設長

印

変更が生じた場合、下記にご連絡ください。

連絡先：公益社団法人 奈良県看護協会 地域看護事業部 (奈良県橿原市四条町 288-8)

TEL：0744-25-4014/FAX：0744-24-7703

E-mail nara-ns@oregano.ocn.ne.jp