

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 | 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) | | | T E L | |
| | | | | F A X | |
| 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 | T E L | | E-mail | | |
| | F A X | | 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"/> 手術室 | <input type="checkbox"/> 母性 <input type="checkbox"/> 透析 | <input type="checkbox"/> 成人 <input type="checkbox"/> 老人 <input type="checkbox"/> 精神救急 <input type="checkbox"/> ICU <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。

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