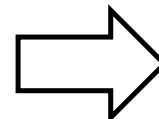


災害支援ナース 派遣候補者一覧表

送信元	病院
	担当者(役職名)



宛先	広島県看護協会 災害時看護支援本部
	FAX: 082-295-5361
	TEL: 082-503-2383
	Mail: saigai@nurse-hiroshima.or.jp

<送信月日: 年 月 日 >

氏名	災害支援ナース 登録番号	職能	経験 年数	災害支援 ナース指導 者養成研修 修了者	施設からの支給			看護賠償 責任保険 制度	派遣可能期間 【派遣調整上、ゆとりをもった期間をお願いします】
					日当	交通費	宿泊費		
									月 日() ~ 月 日()
									月 日() ~ 月 日()
									月 日() ~ 月 日()
									月 日() ~ 月 日()
									月 日() ~ 月 日()

- * 日看協の「災害支援ナース指導者養成研修修了者」の欄は該当の研修修了者は○印を記入してください
- * 「施設からの支給」の欄には施設から支給される場合は該当欄に○印を記入してください。
- * 「賠償責任保険制度」の欄は日本看護協会等の看護職賠償責任保険制度に加入されている方は○印を記入してください。
- * 「派遣可能期間」の欄は派遣可能な期間を記入してください。その期間内で調整させていただきます。