**広様式‐1**

**災害支援ナース　登録申込書**

**（ 新規　・　更新 ）※どちらかを〇で囲んでください**

公 益 社 団 法 人

広島県看護協会会長　 様

**登録番号**（更新登録者のみ記入）

西暦　　　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 性　別 | 男 ・ 女 | | 年　齢 | 歳 |
| 氏　　名 |  |
| 職　　種 | 保 ・ 助 ・ 看 ・ 准 | 県協会  会員番号 | |  | | |
| 勤務先  （施設名） | 施設名：  住　所：　〒　　　－  TEL： | | | | | |
| 自宅住所 | 〒　　　－  住　所：  自宅電話　　　 ：  携帯電話（必須）： | | | | | |
| 緊急連絡先 | ＊必ず連絡が取れる人を記入してください  TEL：　　　　　　　　　　（氏名　　　　　　　　　　　続柄　　　　） | | | | | |
| 実務経験年数  経験領域・資格 | 実務経験年数　　　　　年  ＊経験分野に☑してください  □ 産・婦人科系　　□ 小児系　　□ 内科系　　□ 外科系　　□ 精神科系  □ 救急／ICU　　□ 手術室　　□ 地域保健（訪問看護含む） □ 透析  □ その他（　　　　　　　　　）  ＊認定資格があれば☑し、専門分野名を記入してください  □ 専門看護師（　　　　　　　　　）　□ 認定看護師（　　　　　　　　　）  □ その他（　　　　　　　　　） | | | | | |
| 管理者経験 | * あり　　　　　　□ なし | | | | | |
| 活動可能範囲 | * 県内のみ　　　　□　県内・外 | | | | | |
| 災害支援活動経験 | ＊これまでの災害支援活動経験・または他のボランティア組織への登録等があればお書きください | | | | | |
| 賠償責任保険  加入の有無 | ＊該当するほうに☑してください   * 加入している（　□　日看協　　　　□　その他（　　　　　 　　）） * 加入していない | | | | | |

**災害支援ナース登録申込みに際して得た個人情報は、災害時看護支援の派遣に用い、この利用目的の範囲を超えて個人情報を取り扱うことはいたしません。**

郵送先　〒　730-0803

　　　　広島市中区広瀬北町9-2　　（公社）広島県看護協会　事業局事業部　宛