

災害支援ナース 登録申込書

(新規 ・ 更新) ※どちらかを○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		年	
氏名		別	男・女	齢	歳
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 <input type="checkbox"/> 産・婦人科系 <input type="checkbox"/> 小児系 <input type="checkbox"/> 内科系 <input type="checkbox"/> 外科系 <input type="checkbox"/> 精神科系 <input type="checkbox"/> 救急/ICU <input type="checkbox"/> 手術室 <input type="checkbox"/> 地域保健 (訪問看護含む) <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 専門看護師 () <input type="checkbox"/> 認定看護師 () <input type="checkbox"/> その他 ()				
管理者経験	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
活動可能範囲	<input type="checkbox"/> 県内のみ <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 加入している (<input type="checkbox"/> 日看協 <input type="checkbox"/> その他 ()) <input type="checkbox"/> 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