|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **災害支援ナース登録票**  **登録番号**  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日申請 | | | | | |
| フリガナ |  | 男 | | 西暦　　　　　　　年　　　月　　　日生 | |
| 氏名 |  | 女 | | 年齢　　　　歳 | |
| 住所 | 〒 | | | | |
| 連絡先 | ① | | FAX | | |
| ② | | Mall： | | |
| 災害支援ナース活動中の緊急連絡先 | 家族・その他（続柄） ①　　　　　　　　　　　　　　　　　　② | | | | |
| 就業の有無 | **有** 施設名 | | | | **無** |
| 住所 | | | | 最終離職 |
| 電話　　　　　　　　　FAX | | | | 年　　　月 |
| 免許証 | 種類 （ 保 ・ 助 ・ 看 ・ 准 ） | | 免許　No | | |
| 看護協会員 | 茨城県看護協会会員NO　　　　　　　　日本看護協会会員No | | | | |
| 所属地区　1水戸　　2日立 3常陸太田・ひたちなか　　4鹿行　　5土浦  　6つくば　　7取手・竜ケ崎　　8筑西・下妻 9古河・坂東 | | | | |
| 活動できる範囲 | 1 居住地（最寄の）医療救護活動  2 居住地（近隣の市町村）医療救護活動  3 県内全域の医療救護活動  4 県外の被災地の医療救護活動 | | | | |
| 得意分野 | 救急救命処置　外科系　 内科系　小児系　 産科系　透析　精神科系　その他(　　) | | | | |
| 研修受講の有無 | 有　（研修名がわかれば記入） | | | | |
| 無 | | | | |

様式１

承　諾　書

　　　上記の者を茨城県看護協会災害支援ナースとして承諾することを承認いたします。

　　 ただし、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おきください。

　　年　　月　　日

　茨城県看護協会長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　施設名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　施設長