|  |
| --- |
| 様式２**災害支援ナース登録・更新申請書****登録番号**　№　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記入日　　年　　　月　 |
| フリガナ | 　 | 　　男 | 西暦　　　　　　　年　　　月　　　日生　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 氏名 |  | 女 | 　　　　　　　　　　　　　歳 |
| 住所 | 〒 |
| 連絡先 | ① | FAX |
|  | Mail： |
| ボランティア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　　　　　　　 |
| 所属地区　 1.水戸　2．日立　3．常陸太田・ひたちなか　4．鹿行　5.取手・竜ヶ崎　 6．土浦　　7．つくば　　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　居住地以外（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 |
|  |  | 内容に変更がありましたらご連絡ください。 |
|  |  | 茨城県看護協会 |