|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | | |