

平成 年度 災害支援ナース登録届・同意書・承諾書・保険の同意書

記入日 平成 年 月 日

施設名					
ふりがな	⑩ 男・女	生年月日		県会員番号	
氏名		S・H 年 月 日(歳)			
職 種	保健師・助産師・看護師・准看護師	実務経験	年	自動車運転免許	有・無
専門看護師資格					
認定看護師	救急看護・緩和ケア・訪問看護・不妊症治療・手術看護・小児救急看護・がん放射線治療看護・皮膚／排泄ケア・がん化学療法看護・感染管理 新生児集中ケア・乳がん看護・認知症看護・集中ケア・がん性疼痛看護・糖尿病看護・透析看護・摂食／障害看護・脳卒中リハ看護				
現住所	〒		TEL		FAX
携帯番号	— —				
携帯メールアドレス	@				
緊急連絡先	住 所		TEL		FAX
	氏 名		本人との続柄()		
修了した災害看護研修名	平成 年 月	研修名()		主催()	
得意分野	救命／救急・外科・内科・小児科・産婦人科・精神科・その他()				
活動できる地域	<input type="checkbox"/> 県外派遣も可能 <input type="checkbox"/> 県内のみ <input type="checkbox"/> 居住地周辺地区				
看護職賠償責任保険	<input type="checkbox"/> 未加入 <input type="checkbox"/> 加入 →日看協看護職賠償責任保険・その他() →期間満了年月 H 年 月				
特に希望することまたは意見など					

登録の同意書

私は、日看協の「災害支援ナース派遣に関する協定書」の内容を確認した上で、青森県看護協会の災害支援ナースに登録します。

施設長 様
平成 年 月 日 氏名(自筆)

承諾書

下記の者を災害支援ナースとして登録することを承諾します。

青森県看護協会長 様 施設名：
平成 年 月 日 責任者職・氏名(自筆)

傷害保険の同意書

保険の内容に同意します。

氏名(自筆)