

令和 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 令和 年 月 日

| | | | | | |
|-----------------|---|---------------|-------|---------|-----|
| 施設名 | | | | | |
| ふりがな 氏名 | ⑩ 男・女 | 生年月日 | 県会員番号 | | |
| | | 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/皮膚・排泄ケア/集中ケア/緩和ケア/がん化学療法看護/がん性疼痛看護/訪問看護/感染管理/糖尿病看護/不妊症治療/新生児集中ケア/透析看護 手術看護/乳がん看護/摂食・嚥下障害看護/小児救急看護/認知症看護/脳卒中リハ看護/がん放射線療法看護/慢性呼吸器疾患看護/慢性心不全看護 | | | | |
| 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 | 令和 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 R 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

令和 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:

令和 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)

※ 新規登録の方は登録証作成のため、下記アドレスへ顔写真データを送信してください。(更新時は不要)
E-mail: ao.nurse@ceres.ocn.ne.jp