

熊本県看護協会災害支援ナース登録申込書

※確認書を熟読し災害支援ナースの登録に(同意します ・ 同意しません)

注:会員であること 入会が確認できない場合は、登録を抹消いたします。

登録No.	登録年 月 日	登録抹消年 月 日	
↓ 太枠内を記入し、該当箇所に○印をつけてください。 ↓			
フリガナ		生年月日	日本看護協会会員番号
氏名	男・女	S・H 年 月 日()歳	県看護協会会員番号
職能 : 保健師 ・ 助産師 ・ 看護師 ・ 准看護師		支部: 支部	
自宅住所:		勤務先名称:	
TEL:		勤務先住所:	
FAX:		TEL:	
携帯電話:		FAX:	
メールアドレス:		メールアドレス:	
実務経験年数()年	分野:	母性 小児 成人 老人 精神 救急	
		ICU 手術室 その他()	
派遣先の範囲	1. 県外派遣も可 2. 県内のみ 3. 居住地周辺地区		
期 間	1. 1～2日 2. 2～3日 3. 3～4日		
資格 ・ 特技	1. 運転免許(普通・大型・二輪) 2.外国語()		
	3. 手話 4.その他()		
派遣時の立場	1. 病院・施設からの派遣:取り決めができています(経費負担、労災適応)		
	2. 個人的に参加 A:有給あるいは職務免除で参加 B.所属なし、個人で参加		
災害看護研修について、受講したものに○を付けてください。尚、①は支援Ns登録に必須条件となります			
①日本看護協会、都道府県看護協会災害看護(基礎編・実務編)研修を受講 ※災害支援Ns登録必須条件			
※今年受講予定→登録はできるが、派遣は受講後になります。			
※研修受講歴なし→受講後登録をしてください。			
②看護協会以外の研修を受講			
③県防災訓練や公的病院ネットワーク研修会に参加			
看護職賠償責任保険	1. 加入 2. 未加入→ 加入後に登録してください。		
所属長許可	有 ・ 無	所属長名	印
備考:要望等			

登録証用の写真(3.5×2.4cm)を添付してください。

連絡先: 公益社団法人熊本県看護協会 事務局

〒862-0901

TEL:096-369-3203 FAX:096-369-3204

熊本市東区東町3丁目10-39 e-mail: kna43@pastel.ocn.ne.jp