様式3

**個人情報の取り扱いについて**

派遣が決定した災害支援ナースについては、保険会社に被保険者名を通知する必要があります。そのため、派遣シフト表を日本看護協会が契約している保険会社に提出します。

なお、受傷した場合は、所属する都道府県看護協会への連絡は選択制となっておりますので、ご登録に際して、署名欄のいずれかを選択（該当部分を○で囲む）してください。

公益社団法人 岐阜県看護協会　御中

このことについて、災害支援ナースとしての活動中に受傷した際、その状況を日本看護協会から岐阜県看護協会へ連絡することについて

１）承諾します

２）承諾しません

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　年　　　　月　　　　日

所属：

連絡先：

電　話：

氏　名： 　　　　 　　　　 　 　 印

日本看護協会会員番号：