**災害支援ナース登録申請書　( 新規 ・ 更新 )**

記入日　　　　年　　 月　 　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな）  氏 名 | |  | | 男  女 | 西暦  　　　　年　　月　　日生 | | |
| 自　　宅 | 住所 | 〒 |  | | | | |
| 連絡先 | TEL  携帯 | FAX  E-mail | | | | |
| 緊急連絡先  (本人以外) | | 1. TEL（　　　　　　　　　　）氏名（　　　　　　　　　）続柄（　　　） 2. TEL（　　　　　　　　　　）氏名（　　　　　　　　　）続柄（　　　） | | | | | |
| 就業の有無 | | 有  施設名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  住　所  TEL(　　　　　　　　 ) FAX (　 )  実務経験　　　 　年 | | | | | 無  最終離職　 　年 |
| 派遣時の立場 | | ①病院/施設からの派遣  病院との取り決めは出来ているか。　(はい　・　いいえ)  ②個人的に参加  　a 病院/施設に所属しているが、有給休暇あるいは職務免除等で参加する場合  病院との取り決めはできていますか　（はい　・　いいえ）  　ｂ どこにも所属しておらず個人で参加 | | | | | |
| **派遣時の身分保障の取り決めができていない場合は、速やかに確認し登録してください。** | | | | | |
| 免 許 | | （　 保 ・ 助 ・ 看 ・ 准　 ） | | 免許№ | | | |
| 岐阜県看護協会会員№ | |  | | | |  | |
| 災害活動歴 | | 有 　・ 無  （活動年）:　 年 　 活動内容（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 災　害　看　護  支援ナース研修 | | □災害支援ナース育成研修（基礎編）　受講年度（　　　）年  □災害支援ナース育成研修（実務編）　受講年度（　　　）年  □災害支援ナースフォローアップ研修　直近受講年度（　　　）年 | | | | | |
| 活動できる範囲 | | １．居住地（最寄り）の医療救護所活動  ２．居住地以外（近隣の市町村）の医療救護所活動  ３．県内全域の医療救護所活動  ４．県外の被災地の医療救護所活動 | | | | | |
| 得意分野  （重複可） | | 救急救命処置　 外科系　 内科系　 小児系 　産科系　透析　 精神科  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 活動可能日数 | | 1～3日　　3～4日　　　5日　　　7日　　　10日　　　必要な日数  ※日本看護協会との締結により、他県派遣時は原則3泊4日まで | | | | | |