

災害支援ナース登録(申請・更新)書

年 月 日

協会記入欄

ふりがな 氏名	性別	男	女	生年月日 (西暦)	年	月	日
	大阪府看護協会 会員No.						
	日本看護協会 会員No.						
自宅	住所 〒 _____						
	電話 (_____)	—					
	F A X (_____)	—					
	携帯電話 (_____)	—					
Eメール _____							
緊急連絡先 (本人以外)	電話 (_____)	—			氏名 _____	続柄 (_____)	
所属施設 (就業の有無)	施設名 _____					施設No. (_____)	
	住所 〒 _____						
	電話 (_____)	—		FAX (_____)	—		
	最終離職年 _____ 年 _____ 月						
免許	種類	保 ・ 助 ・ 看 ・ 准		免許No. (_____)	臨床経験年数 (_____ 年)		
災害活動歴	活動年 _____ 年 _____ 月 _____ 日					無	
	活動内容 (_____)						
災害看護研修 受講の有無	研修名 (_____)					無	
活動可能 範囲 (〇を付けて下さい)	1. 居住地(最寄)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. 県外被災地の医療救護所活動						
得意分野	救急救命処置 外科系 内科系 小児系 産科系 老年 透析 精神科 在宅 その他 (_____)						
活動可能日数	1~3日 ・ 5日 ・ 7日 ・ 10日 ・ 2週間 ・ 必要な日数						

上記の者が災害支援ナースに登録することを承認します。

なお、派遣時の身分は、出張・有休・その他(_____)とします。
(〇をつける)

施設名 _____

施設長 _____ 印

災害支援ナース登録変更届

協会記入欄

年 月 日

【変更内容】(該当する項目を記入してください)※変更箇所のみ

ふりがな 氏名	新		
	旧		
自宅	新	住所 〒	—
		電 話 ()	—
		F A X ()	—
		携帯電話 ()	—
	Eメール		
	旧	住所 〒	—
		電 話 ()	—
		F A X ()	—
携帯電話 ()		—	
Eメール			
緊急連絡先 (本人以外)	新	電話 ()	— 氏名 _____ 続柄()
	旧	電話 ()	— 氏名 _____ 続柄()
所属施設	新	施設名	施設No.()
		住所 〒	—
		電話 ()	— FAX () —
	旧	施設名	施設No.()
		住所 〒	—
		電話 ()	— FAX () —

個人情報の取扱い:この申請で得た個人情報は、災害時看護支援の派遣に伴う業務に用い、この利用目的の範囲を超えて個人情報を取り扱うことはありません。

協会記入欄

災害支援ナース登録取消届

年 月 日

ふりがな 氏名			
自宅	住所 〒	—	
	電 話 ()	—	
	F A X ()	—	
	携帯電話 ()	—	
	Eメール		
所属施設	施設名	施設No.()	
	住所 〒	—	
	電話 ()	—	FAX () —

個人情報の取扱い:この申請で得た個人情報は、災害時看護支援の派遣に伴う業務に用い、この利用目的の範囲を超えて個人情報を取り扱うことはありません。