

災害支援ナース登録者用紙（新規） 県会員No. ()

フリガナ		生年月日 昭和・平成	
氏 名		年 月 日 歳	
施 設 名			
所属部署		役 職 ()	
住 所 (〒 -)			
TEL			
自宅住所 (〒 -)			
TEL		FAX	
携帯電話番号			
携帯メールアドレス (正確にご記入ください)			
免許種類	保健師	助産師	看護師 准看護師
運転免許証の有無	有 (普通 大型)		無
災害支援	①災害派遣経験	有 (行先)	無
	②他のボランティア登録 日本赤十字社 etc	有 ()	無
※看護職賠償責任保険加入の有無		有	無
勤 務 経 験	勤 務 場 所 (例 内科 3年)		
	①外 来		
	②病 棟		
	③混 合 病 棟		
	④手 術 室	有 () 年	無
⑤そ の 他			
志望動機			

看護管理者 氏 名 _____ (印)

看護部メールアドレス _____

郵送先 338-0011 さいたま市中央区新中里 3-3-8
 (公社) 埼玉県看護協会 災害看護担当
 TEL 048-824-8122

災害支援ナース登録用紙（新規用）の記入について

災害支援ナース登録予定の皆様へ

登録者用紙にはすべてご記入ください。

特に、携帯用メールアドレス、志望動機は必ず記入し、看護管理者（看護部長等）のサインは必要です。

平成 25 年度より、メールアドレスの記入をお願いしております。災害時の連絡手段として個人の携帯の他、所属組織（看護部）への連絡手段としてメールアドレスを使用するためです。未記入・誤記入のないよう正確にご記入ください。

又、今年度より看護職賠償責任保険の加入の有無について確認が必要となりました。必ず記入をお願いします。

看護管理者（看護部長等）の方へ

平成 25 年度より、災害時、また、連絡調整訓練の際に連絡手段として、電話の他、メールアドレスを使用しております。そのため、施設（看護部）のメールアドレスの記入をお願いします。災害支援ナースが複数人いる場合は、施設のメールアドレスは、1 枚のみご記入ください。

お手数をおかけしますが、よろしくお願いいたします。