

災害支援ナース登録者用紙（更新） ※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			
※携帯電話メールアドレス (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	
勤務経歴		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			

※は必ず記入。その他は以前と情報が変更になっているところを記入して下さい。

※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（更新用）の記入について

災害支援ナースの皆様へ

※印の部分は必ずご記入ください。その他の部分については、以前と情報に変更になっている部分だけご記入ください。

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。これは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。必ず記入してください。

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、よろしく願いいたします。