

災害支援ナース登録票（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		メールアドレス	
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 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			

平成 29 年 12 月改正

看護（施設）管理者 氏 名 _____ 

看護部メールアドレス _____

郵送先 〒331-0078 さいたま市西区西大宮 3-3
 公益社団法人埼玉県看護協会
 災害看護事務局 松澤 俊之

災害支援ナース登録票（新規用）の記入について

1. 災害支援ナース登録予定の皆様へ

①登録票は空欄や誤りがないようご記入ください。

②登録票記入後に勤務先等変更が生じた場合

キャリアナースで登録事項変更と、災害支援ナース登録票の再提出をお願いします。なお、氏名変更によるカードの再発行は行っておりません。次年度に更新の際に反映させていただきます。ご了承ください。

③看護管理者のサインと看護部メールアドレスの記入について

施設に所属している方は、看護部のメールアドレスと看護管理者のサインをご提出ください。

看護管理者が不在の場合は、施設長、院長などの組織の長のサインが必要です。（災害時は管理者の許可なく派遣できないため、管理者に連絡がいくこととなります。）

所属施設の無い個人会員の方は、看護（施設）管理者のサインは不要です。その場合は、個人のメールアドレスに連絡いたしますので、看護部メールアドレスの欄に（個人）と記載しご記入ください。

なお、上記の理由で埼玉県内の施設を原則とさせていただきますが、個人の都合により上記に該当しない方はご連絡ください。

④看護職賠償責任保険（日本看護協会）の加入の有無について

平成 26 年度より保険の加入の有無について確認をしております。保険加入が望ましく、未加入の場合、事故発生時は全て自己責任となります。

2. 看護管理者（看護部長等）の方へ

看護管理者のサインと看護部メールアドレスの記入について

平成 25 年度より、災害時、また、連絡調整訓練等の連絡手段として、メールアドレスを中心に使用しております。（必要時電話も併用）そのため、原則災害時でも 24 時間対応できる施設（看護部）のメールアドレスの記入をお願いします。空欄や誤りがないよう正確にご記入ください。なお、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。

平成 29 年 12 月改正

連絡先 公益社団法人埼玉県看護協会
災害看護担当
TEL 048-624-3300