災害支援ナース登録票（更新）　県会員No.（　　　　　）

<table>
<tr><td colspan="3">フリガナ
氏　名</td><td colspan="2">生年月日　昭和・平成
年　月　日　歳</td></tr>
<tr><td colspan="4">施 設 名</td><td>更新回数
回</td></tr>
<tr><td colspan="2">所属部署</td><td colspan="3">役　職（　　　　）</td></tr>
<tr><td colspan="5">住　所（〒　　－　　）</td></tr>
<tr><td colspan="5">TEL</td></tr>
<tr><td colspan="5">自宅住所（〒　　－　　）</td></tr>
<tr><td colspan="2">TEL</td><td colspan="3">FAX</td></tr>
<tr><td colspan="5">携帯電話番号</td></tr>
<tr><td colspan="5">携帯電話メールアドレス
（正確にご記入ください）</td></tr>
<tr><td colspan="2">免許種類</td><td colspan="3">保健師　助産師　看護師　准看護師</td></tr>
<tr><td colspan="2">運転免許証の有無</td><td colspan="3">有　（普通　大型）　無</td></tr>
<tr><td rowspan="2">災害支援</td><td>①災害派遣経験</td><td colspan="3">有（行先　　　）　無</td></tr>
<tr><td>②他のボランティア登録　日本赤十字社　etc</td><td colspan="3">有（　　　）　無</td></tr>
<tr><td colspan="2">※看護職賠償責任保険加入の有無</td><td colspan="3">有　　無</td></tr>
<tr><td rowspan="6">勤務経験</td><td></td><td colspan="3">勤　務　場　所（例　内科　３年）</td></tr>
<tr><td>①外　来</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>②病　棟</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>③混 合 病 棟</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>④手　術　室</td><td colspan="3">有（　）年　無</td></tr>
<tr><td>⑤そ　の　他</td><td colspan="3"></td></tr>
</table>

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
TEL 048-624-3300

災害支援ナース登録票（更新用）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になります。）

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

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

TEL 048-624-3300