

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	
語学	英語	中国語	韓国語 その他（ ）	
災害支 援支 録	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	経 験 有（ ）年	無	
	⑤専門看護師 認定看護師	専門看護師 分野（ ）		
		認定看護師 分野（ ）		
特定分野（ ）				
⑥その他				

2019年12月改正

看護（施設）管理者 氏 名 _____ 

看護部メールアドレス _____

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

2014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。

⑤専門・認定看護師の記入について

2019年度より活用範囲の拡大を視野に専門・認定看護師について確認をしております。資格を取得している方は、ご記入ください。

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

2013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。

2019年12月改正