

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	
語 学		英語 中国語 韓国語 その他 ()	
災害支援	①災害派遣経験	有 (派遣先) 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 場 所	勤 務 場 所 (例 (5年) 内科系・外科系・小児・母性)		
	経験年数	合計 () 年	
経 験	①外 来	() 年	
	②病 棟	() 年	
	③ICU、CCU、救急	() 年	
	④手 術 室	() 年	
	⑤そ の 他	() 年	
資 格	①専 門 看 護 師	専門看護師 分野 ()	
	認 定 看 護 師	認定看護師 分野 ()	
		特定分野 ()	

2022年3月改正

看護（施設）管理者 氏 名 _____ (印)

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

看護部のメールアドレスと看護管理者のサインをご記入ください。
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。）

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

災害支援ナースは加入が望ましく、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

災害発生時や、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（枚）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。

令和4年3月改正

連絡先 公益社団法人埼玉県看護協会
災害看護担当理事 各務 初恵
災害看護担当 佐藤 由美子
事務局 町田 実千代
事務局 松澤 俊之

TEL 048-624-3300