

年度（新規・更新）
あてはまる方に○印を記入

神奈川県看護協会 災害支援ナース登録用紙

登録用紙記入月日： 年 月 日

(ふりがな) 氏名	男	生年月日(西暦)									
	女	年 月 日(歳)									
自宅	(住所)〒 —										
	(TEL 番号)		(携帯番号)								
	(e-mail アドレス) * ezweb softbank docomo などのキャリアメールは、添付文章などが届かないため使用しないでください。										
勤務先	有	施設名		所属部署 & 職位							
		住所 〒 —									
	無	TEL 番号									
活動職種 経験年数	保健師	年	助産師	年	看護師	年	准看護師	年			
	災害研修終了 災害看護研修実務編 _____ 年度修了（修了証明書のコピーを添付すること。ただし更新時は不要）										
看護協会 会員番号	日本看護協会会員番号				神奈川県看護協会会員番号						
	日本看護協会 賠償責任保険				・加入している				・加入していない		

承諾書

上記の者を災害支援ナースとして登録することを承諾します。
ただし、施設の状況により派遣できない場合があることをご承知おきください。

年 月 日
神奈川県看護協会 会長様

施設名

施設長（自筆）

- * 登録申請の際は、施設長の自筆のある原本をご郵送ください。(FAX では受け付けていません)
- * ご記入いただいた内容は、災害支援ナース派遣事業以外には使用いたしません。
- * 通信確認のため、登録承認後にメールを送信いたします。
- * 住所等の記載事項に変更がありましたら、ご連絡ください。