

登録番号

(看護協会使用欄)

災害支援ナース登録・継続・変更・辞退届

公益社団法人
宮城県看護協会会長 様

氏 名

災害支援ナース登録番号

該当する□に✓をつけて下さい。

- 登録届 ……新規登録の方は全てに記載して下さい。
- 継続届 ……継続の方は全てに記載して下さい。
- 変更届 ……太枠内に変更がある場合は、変更後の内容のみ記載して下さい。
- 辞退届 ……辞退する方は以下の記載は不要です。

記入年月日	令和 年 月 日	宮城県看護協会会員番号 ()	職 能
ふりがな 氏 名	男・女	年 月 日生 ()歳	<input type="checkbox"/> 保 <input type="checkbox"/> 助 <input type="checkbox"/> 看 <input type="checkbox"/> 准
自宅住所	〒 (TEL) (FAX) (携帯TEL)		
メールアドレス			
緊急連絡先	〒 TEL		
勤務先	(施設名) (TEL) (FAX)		
所属長の承諾	災害支援ナースに登録することを承諾します。 所属長() 印		

就業年数	年 最終離職(年 月)
派遣先の範囲	<input type="checkbox"/> 県内全域の災害看護活動 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 国内全域の災害看護活動
災害派遣経験の有無	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし
研修最終受講歴	・災害医療と看護(基礎編) - 年最終受講 ・災害支援ナース育成研修 - 年最終受講 ・災害支援ナースフォローアップ研修 - 年最終受講

※登録・継続の方は、この用紙と顔写真(縦2.5cm×横2cm)2枚を同封の上、宮城県看護協会まで郵送お願いします。後程、登録証をお送りします。

協会処理欄

受付日		送付日		専務理事		担当者	
-----	--	-----	--	------	--	-----	--