

\*協会記入欄：災害支援ナース登録No（ ）

登録日：西暦 年 月 日

兵庫県看護協会 災害支援ナース登録申請書

|                                     |                 |                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-------------------------------------|-----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 氏名                                  | ふりがな            | 男・女                                                                                                                                     | 生年月日<br>西暦 年 月 日                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 自宅                                  | (住所) 〒 -        |                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 自宅電話番号：                             |                 | FAX：                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 携帯電話：                               |                 |                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| メールアドレス：                            |                 |                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 所属施設                                | 有               | 施設No.：<br>施設名：<br>役職：<br>施設住所：〒 -<br>電話番号： FAX：                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|                                     | 無               | 離職年月日：西暦 年 月 日                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 資格・認定<br>CNS及びCNIは日本看護協会の認定を受けているもの |                 | <input type="checkbox"/> 専門看護師 領域（ ）<br><input type="checkbox"/> 認定看護師 領域（ ）<br><input type="checkbox"/> 認定看護管理者                        |                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 職種・実務経験年数<br>(月数は切り捨て)              |                 | <input type="checkbox"/> 保健師（ ）年 <input type="checkbox"/> 助産師（ ）年<br><input type="checkbox"/> 看護師（ ）年 <input type="checkbox"/> 准看護師（ ）年 |                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 看護協会<br>会員番号                        | 日本看護協会会員番号※8ケタ  | 支部名                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> 阪神南 <input type="checkbox"/> 阪神北<br><input type="checkbox"/> 神戸東部 <input type="checkbox"/> 神戸中部<br><input type="checkbox"/> 神戸西部 <input type="checkbox"/> 東播 <input type="checkbox"/> 北播<br><input type="checkbox"/> 西播 <input type="checkbox"/> 但馬 |
|                                     |                 |                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|                                     | 兵庫県看護協会会員番号※6ケタ | 看護職賠償<br>責任保険の加入                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> 加入済<br><input type="checkbox"/> 未加入                                                                                                                                                                                                                 |
|                                     |                 |                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                              |

[illegible]

|                                                                       |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| 災害看護に関する研修の講師・<br>ファシリテーター（演習支援）の<br>経験<br>※なければ記入不要<br>※名称は正確に記入ください | <input type="checkbox"/> 講師経験 有り<br>西暦（            ）年度<br>研修名：<br>担当テーマ・講義内容：       |
|                                                                       | 西暦（            ）年度<br>研修名：<br>担当テーマ・講義内容：                                           |
|                                                                       | 西暦（            ）年度<br>研修名：<br>担当テーマ・講義内容：                                           |
|                                                                       | 西暦（            ）年度<br>研修名：<br>担当テーマ・講義内容：                                           |
|                                                                       | <input type="checkbox"/> ファシリテーター経験 有り<br>西暦（            ）年度<br>研修名：<br>担当テーマ・演習内容： |
|                                                                       | 西暦（            ）年度<br>研修名：<br>担当テーマ・演習内容：                                           |
|                                                                       | 西暦（            ）年度<br>研修名：<br>担当テーマ・演習内容：                                           |
|                                                                       | 西暦（            ）年度<br>研修名：<br>担当テーマ・演習内容：                                           |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <h3>承諾書</h3> <p>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。<br/> 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。</p> <p style="text-align: right;">西暦            年            月            日</p> <p>兵庫県看護協会会長 様<br/> <span style="margin-left: 150px;">施設名</span></p> <p style="text-align: center;">施設代表者(看護管理者)</p> <p style="text-align: right;">印</p> |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|

\*ご記入いただいた内容は、公益社団法人兵庫県看護協会の個人情報保護方針および規定に基づき、適正に管理します。