

「兵庫県保健師バンク」および「IHEAT」登録申請書

※該当するものすべてに☑してください

 私は兵庫県保健師バンクに登録します 私はIHEATに登録します IHEATメンバー利用規約に同意します

※利用規約は兵庫県看護協会ホームページよりご確認ください。(URLまたはQRコードは表面にあります)

登録年月日：西暦 年 月 日

氏名	(ふりがな)	男・女	生年月日
			西暦 年 月 日 (歳)
自宅	(住所) 〒	—	
	(TEL)	(FAX)	
	(携帯TEL)		
	(メールアドレス)		
保健師の実務経験の有無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	
実務経験機関	<input type="checkbox"/> 保健所 <input type="checkbox"/> 市町 <input type="checkbox"/> 事業所 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> その他 ()		
現在の勤務先の有無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	
勤務先			
勤務先住所	〒		
職種 (保有資格)	<input checked="" type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 看護師		
支援可能業務	<input type="checkbox"/> 1) 新型コロナウイルス感染症に係る対面による相談 <input type="checkbox"/> 2) 新型コロナウイルス感染症に係る電話による積極的疫学調査 <input type="checkbox"/> 3) 新型コロナウイルス感染症に係る上記1)、2)以外の業務(患者とは非接触) <input type="checkbox"/> 4) 新型コロナウイルス感染症以外の保健師業務 <input type="checkbox"/> 5) 兵庫県内の自然災害被災地への支援(市町含む)		
出務に関する条件(場所)	<input type="checkbox"/> 県内どこでも可 <input type="checkbox"/> 神戸市内 <input type="checkbox"/> 阪神地域 <input type="checkbox"/> 東播磨地域 <input type="checkbox"/> 北播磨地域 <input type="checkbox"/> 姫路・中播磨地域 <input type="checkbox"/> 西播磨地域 <input type="checkbox"/> 但馬地域 <input type="checkbox"/> 丹波地域 <input type="checkbox"/> 淡路地域		
e ナースセンターへの登録	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	

*ご記入いただいた内容は、本会の個人情報保護方針及び規程に基づいて適正に管理します。

*IHEATに登録の方で、利用規約にチェックがない場合は、同意いただいたものとみなしますのでご了承ください。