

*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 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.： 施設名： 役職： 施設住所：〒 - 電話番号： FAX：	
	無	離職年月日：西暦 年 月 日	
資格・認定 CNS及びCNIは日本看護協会の認定を受けているもの		☐ 専門看護師 領域（ ） ☐ 認定看護師 領域（ ） ☐ 認定看護管理者	
職種・実務経験年数 (月数は切り捨て)		☐ 保健師（ ）年 ☐ 助産師（ ）年 ☐ 看護師（ ）年 ☐ 准看護師（ ）年	
看護協会 会員番号	日本看護協会会員番号※8ケタ	支部名	☐ 阪神南 ☐ 阪神北 ☐ 神戸東部 ☐ 神戸中部 ☐ 神戸西部 ☐ 東播 ☐ 北播 ☐ 西播 ☐ 但馬
	兵庫県看護協会会員番号※6ケタ	看護職賠償 責任保険の加入	☐ 加入済 ☐ 未加入

研修受講歴	リーダー編・実践編の受講歴 □リーダー編：西暦（ ）年受講 □実践編：兵庫県実施 西暦（ ）年度 他都道府県看護協会実施 西暦（ ）年度 都道府県（ ）看護協会
※上記研修以外について記入	その他の災害看護に関する研修受講歴 □西暦（ ）年度 研修実施者・団体（ ） 研修内容（ ） □西暦（ ）年度 研修実施者・団体（ ） 研修内容（ ） □西暦（ ）年度 研修実施者・団体（ ） 研修内容（ ） □西暦（ ）年度 研修実施者・団体（ ） 研修内容（ ）
防災訓練への参加 ※なければ記入不要 ※名称は正確に記入ください	□西暦（ ）年度 訓練名（ ） 訓練内容（ ） □西暦（ ）年度 訓練名（ ） 訓練内容（ ） □西暦（ ）年度 訓練名（ ） 訓練内容（ ） □西暦（ ）年度 訓練名（ ） 訓練内容（ ）
被災地等での支援活動経験 ※なければ記入不要 ※名称は正確に記入ください	□支援年 西暦（ ）年度 災害名（ ） 支援内容（ ） □支援年 西暦（ ）年度 災害名（ ） 支援内容（ ） □支援年 西暦（ ）年度 災害名（ ） 支援内容（ ） □支援年 西暦（ ）年度 災害名（ ） 支援内容（ ） □支援年 西暦（ ）年度 災害名（ ） 支援内容（ ）

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

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。 西暦 年 月 日 兵庫県看護協会会長 様 施設名 施設代表者(看護管理者) 印	
---	--

*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程に基づき、適正に管理します。