

富山県看護協会災害支援ナース登録申請書

*協会記入欄 登録日：西暦 年 月 日

(ふりがな)			生年月日	
氏名		男・女	西暦	年 月 日 () 歳
自宅	(住所) 〒 -			
	(TEL)		(FAX)	
	(携帯 TEL)		(携帯メールアドレス)	
	(メールアドレス)			
所属施設	施設名			
	施設住所：〒 -			
	TEL		FAX	
職種の実務経験	保健師 () 年) 助産師 () 年) 看護師 () 年) 准看護師 () 年)			
経験分野	小児・母性・成人・老年・精神・救急・ICU・手術室・透析			
災害看護研修受講年度	災害看護基礎編	年度	災害看護応用編	年度
看護協会 会員番号	日本看護協会会員 No.		富山県看護協会会員 No.	

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

富山県看護協会長様

施設名

施設長

印

*ご記入いただいた内容は公益法人富山県看護協会の個人情報保護方針及び規定に基づき、適正に管理します。