

写
真

派遣時の扱い
1: 労災適応 適応外
2: ボランティア休暇
3: その他()

長崎県看護協会災害支援ナース登録申請書

登録申込日 令和 年 月 日

フリガナ 氏名	生年月日 S・H 年 月 日	血液型 型
免許(保持しているものすべて) 保健師 ・ 助産師 ・ 看護師 ・ 准看護師		専門看護師・認定看護師等 有 無 分野()
自宅 住所; e-mail; TEL; FAX; 緊急連絡先;	勤務先 住所; e-mail; TEL; FAX;	勤務先名; 住所; e-mail; TEL; FAX;
実務経験年数 ()年	分野; 母性 小児 成人 老人 精神 救急 IC	
※未就業の方 ①最終離職年 H・R 年 ②臨床経験 年 (主な領域)		
派遣先の範囲 1、県外派遣も可 2、県内のみ 3、居住地周辺地区		
資格・特技 1、運転免許 (普通・大型・二輪) 2、手話 3、外国語() 4、その他()		
災害研修受講の有無 1.有 H・R()年受講 研修会名() H・R()年受講 研修会名() 2.無		
私は、自己の責任において災害支援ナースとして救護活動に参加します。		
令和 年 月 日 氏名 _____ 印		
所属施設の承諾書 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。 但し、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下さい。 令和 年 月 日 長崎県看護協会長 様 施設名 _____ 施設長 _____		

※ 事務局処理欄

登録受付日: 年 月 日	登録年月日: 年 月 日	登録NO:
登録抹消年月日: 年 月 日 (抹消理由:)		

1. 枠内を記入し、該当する番号に○印をつけてください
2. 登録書と登録証用の写真(4×3cm)2枚を併せてご提出ください。写真の裏に、氏名を、記載してください。
3. 変更があった場合、下記に連絡ください
連絡先: 公益社団法人長崎県看護協会 事務局
長崎県諫早市永昌町23番6号 TEL:0957-49-8050 FAX:0957-49-8056