

公益社団法人山形県看護協会長 様

山形県看護協会災害支援ナース登録（新規・継続）用紙

記入年月日 年 月 日

(フリガナ)		男	
氏 名	Ⓜ	女	年 月 日生
住 所	〒 ー		

*住所・連絡先等の変更があった場合は、随時看護協会へ連絡して下さい。

*以下の項目は、継続登録する場合は変更があった項目を記入して下さい。

電話番号等	TEL (自宅) (携帯) FAX E-mail		
家族緊急連絡先	①氏名 () 続柄 () TEL	②氏名 () 続柄 () TEL	
就業の有無	有 施設名 () 住所 〒 ー 電話 FAX	無 最終離職 年 月	
免許証	種類 (保・助・看・准)	免許No	
看護協会会員	会員 No	所属 支部	
活動できる範囲	1 県内全域の災害看護活動 2 県外の被災地の災害看護活動 3 その他 ()		
得意分野	救命救急, 外科系, 内科系, 母性系, 小児系, 精神科系, 在宅看護, 老年看護 トリアージ, 手術室, 透析, 心のケア, その他 ()		
災害看護研修・ 総合防災訓練等 参加の有無	受講あり (県協会・日本看護協会等・その他・訓練等) 研修・訓練内容 () 受講年度 ()		
災害関連 活動経験	*具体的にご記入ください。		
資格・認定取得 (自動車免許含)	DMAT DPAT 赤十字救護班 ケアマネージャー 精神保健福祉士 自動車免許 他 ()		

上記内容にて承認します。

平成 年 月 日

家族記入欄	職場記入欄
Ⓜ	施設名 施設長 Ⓜ