

北海道看護協会災害支援ナース登録申請書(新規)

*登録日: 年 月 日(協会記載)

北海道看護協会 会員番号 (ふりがな)		支部名		
氏名		男・女	生年月日 S・H 年 月 日()歳	
自宅	(住所) 〒 -			
	(TEL)			
	(携帯TEL)		(携帯メールアドレス) ※必ず記入	
所属施設	有	施設名:		
		施設住所: (〒 -)		
		TEL	FAX: ※必ず記入	
無	離職年月日: 年 月 日			
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	感染・小児・母性・成人・老人・精神・救急・ICU・手術室・管理			
看護職賠償責任 保険の加入	1 済(年 月) 2 未 3 加入予定(年 月)			
災害看護研修 受講日	基礎編 年 月 日～ 月 日		災害支援ナース養成 年 月 日～ 月 日	
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下さい。				
年 月 日				
北海道看護協会長 様				
施設長(職名・氏名) 施設名 印				
看護部門責任者(職名・氏名)				
看護部のアドレス【災害時・災害支援派遣時】 @				

*ご記入いただいた内容は公益社団法人北海道看護協会の個人情報保護方針及び規程に基づき、適正に管理します。