

## 災害支援ナース個人登録票

( 新規 ・ 更新 ・ 再登録 )

作成年月日： 年 月 日

看護協会員	沖縄県看護協会 会員No.( )					
フリガナ			男	西暦		
氏名			女	年 月 日		
就業施設	施設名			施設住所	〒	
施設連絡先	TEL			FAX		
自宅住所	〒					
連絡先	(TEL)			(FAX)		
	(携帯TEL)			(携帯メール)		
緊急連絡先 (必要時)	氏名・続柄	( )		氏名・続柄	( )	
	TEL			TEL		
	携帯TEL			携帯TEL		
免許	種類 ( 保 ・ 助 ・ 看 ・ 准 )			経験年数	年	管理経験 有・無
活動できる 範囲	(当てはまるところにすべて○をする) 1. 住居地(最寄り)の医療機関 2. 住居地以外(近隣市町村)の看護活動 3. 県内全域の看護活動 4. 県内離島の看護活動 5. 県外の看護活動			得意 分野	(当てはまるところにすべて○をする) 1. 救急救命 2. 外科 3. 内科 4. 小児科 5. 産科 6. 透析 7. 精神科 8. その他	
活動可能 日数	1. 4日以内 2. 7日以内 3. 必要な日数			災害研修 受講年	平成 年	
その他						