

災害支援ナース施設登録票

作成年月日： 年 月 日

フリガナ		施設長	(氏名)		
施設名					
住所	〒	担当者			
TEL		FAX		E-mail	

災害支援ナース登録者 合計()名

* 登録者名簿となりますので、コピーして施設で保管して下さい。また、用紙が足りない時はコピーして下さい。

	登録者の状況 に○をする。	氏名	支援ナースの 得意分野 ※1	活動させる範囲 ※2	活動可能日数 ※3
1	新・更・再				
2	新・更・再				
3	新・更・再				
4	新・更・再				
5	新・更・再				
6	新・更・再				
7	新・更・再				
8	新・更・再				
9	新・更・再				
10	新・更・再				

＜記載方法＞

※1 : ①～⑧の番号を記入する。

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

※2 : 当てはまる番号を全て記入する。

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県内本島の看護活動 ④県内離島の看護活動 ⑤県外の看護活動

※3 : ①～③の番号を記入する。

①4日以内 ②7日以内 ③必要な日数