

【個人】災害支援ナーズ登録票
(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 ・ 女	西暦				
氏 名			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)			得意 分野	(当てはまるところにすべて○をする)		
	1. 県内全域の看護活動				1. 救命救急		
	2. 県内離島の看護活動				2. 外科		
	3. 県外の看護活動				3. 内科		
					4. 小児科		
					5. 産科		
					6. 透析		
					7. 精神科		
					8. DMAT		
			9. その他 ()				
活動可能 日数	1. 4日以内		災害研修 受講年	基礎研修		年	
	2. 必要な日数			実務者研修		年	
				フォローアップ		年	
備 考							

*の携帯メールは、災害支援の連絡(災害研修等を含む)に関してのみ活用しますので、記入にご協力下さい。
 <提出方法> 郵送またはメールにてお送りください。顔写真もお忘れにご送付お願いいたします。
 E-Mail : saigai-ona@oki-kango.or.jp