

【施設】災害支援ナース登録・在籍確認票

記入日:

年 月 日

フリガナ			施設長名		
施設名					
住所			担当者	所属	
TEL				役職	
FAX				氏名	
			E-Mail		

災害支援ナース登録者 合計()名

No	登録及び更新年	在籍の有無	氏名	現所属科 (現在勤務されている診療科、異動先など)	更新の有無	看護協会 入会状況
例	R4更新	有	沖縄花子	小児科	有	
	新規	有	琉球太郎	内科		
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

〈注意〉

※登録者名簿となりますので、コピーして施設で保管してください。また、用紙が足りない時はコピーして記入下さい。

〈提出方法〉 郵送またはメールにてお送りください。

E-Mail: saigai-ona@oki-kango.or.jp