

【施設】災害支援ナーズ登録票

作成年月日： 年 月 日

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

災害支援ナーズ登録者 合計（ ）名

No.	登録者の状況 に○をする。	氏 名	現所属科 (現在勤務されている診療科)	備考
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			

<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