

【施設】令和4年度 災害支援ナース登録・在籍確認票

作成年月日： 年 月 日

フリガナ		施設長名		
施設名				
住所		担当者	所属	
			役職	
TEL			氏名	
FAX		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)	登録/更新有無	当年度 看護協会 入会状況
例		有・無	琉球 花子	救急センター	する・しない	納入済み
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