東京都看護協会災害支援ナース登録書

協会記入欄:
研修日:　　/　　/

ふりがな 氏名		性別	男 女	生年月日	S・H　　年　　月　　日
住所 電話番号等	〒　　ー 電話番号（　　）　　ー FAX番号（　　）　　ー 携帯電話（　　）　　ー Eメール(PC) Eメール(携帯)				3cm （6ヶ月以内の顔写真）写真裏面には氏名を記載してください。 4cm
緊急連絡先 （本人以外）	（　　）　　ー 氏名　　続柄（　　）				
就業状況	1. 就業中　　2. 就業していない⇒　最終離職年:　　年　　月				
現在の就業先	施設名:　　（施設No.　　） 住所　〒　　ー 電話番号（　　）　　ー FAX番号（　　）　　ー Eメール(本人専用):				
実務経験年数	合計（　　）年 臨床（　　）年 教育（　　）年 その他（　　）年		得意分野	成人　老年　精神　救急 地域　母性　小児 その他（　　）	
職能	保健師 ・助産師 ・看護師 ・准看護師		血液型	型 RH（＋・－）	
看護協会員	会員 ・ 非会員	東看協NO:		日看協NO:	
資格・特技	1. 運転免許（普通・大型・二輪）　2. パソコン・インターネット　3. 手話 4. 外国語（　　語）　5. その他（　　）				
災害活動歴 （有る方のみ）	活動年:　　年　　月　　日 活動内容:				
活動可能範囲	1. 都外派遣も可　2. 都内のみ　3. 居住地周辺地区				
要請への対応	（発生から3日後）　1. すぐ活動できる　2. 準備に2～3日必要				
活動可能日数	1～3日　5日　7日　10日　2週間　必要な日数				
災害研修歴	災害看護研修受講:　有 ・ 無 研修名:（　　）				

上記の者が災害支援ナースに登録することを承認します。

なお、派遣時の身分は 出張・有休・ボランティア休暇 ・職務専念義務免除・その他（　　）とします。

（○をつける）

所属施設長　氏名　　印

上記登録内容に変更があった場合は、下記にご連絡ください。

（連絡先）:社団法人　東京都看護協会　総務課　〒162-0815　東京都新宿区筑土八幡町4-17

TEL:03-5229-1520　FAX:03-5229-1524　E-メール　saigai@tna.or.jp

※この申請用紙はコピーをしてご使用いただけます。

※この登録書は災害支援ナースとしての目的以外に使用することはありません。