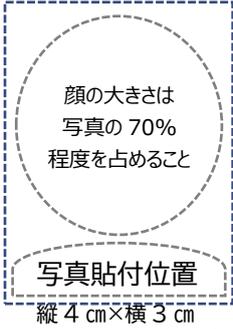


## 年度 東京都看護協会 災害支援ナース登録申込書（更新研修）

※必ず、申込書を郵送する前に、入会手続きをお済ませください。太枠内をご記入ください。

受付No.

受講研修	更新研修Ⅰ・更新研修Ⅱ・更新研修Ⅲ	災害支援ナース登録番号	災 - -
看護協会員	都看協No.	日看協No.	
	入会手続き中の方は、手続き状況に当てはまるものに○をつけてください。		入会申込済・口座引落とし予定・コンビニ等入金予定 (入金予定日: )
ふりがな	年齢	歳	生年月日 西暦 年 月 日
氏名	性別	男・女	血液型 型 RH( + ・ - )
住所	〒 -		
電話番号等	電話番号 ( ) -		
	携帯電話 ( ) -		
本人連絡用メールアドレス	@ 会員専用「マイページ」: 1 登録済 2 登録予定( 月 日) ※原則、会員専用「マイページ」登録のメールアドレスを連絡先としてください。		
緊急連絡先(本人以外)	( ) -	氏名	続柄 ( )
就業状況	1 就業者 2 就業していない : 最終離職年:西暦 年 月		
現在の就業先	施設名		所属部署
	住所 〒 -		
	電話番号 ( ) -	内線/PHS( )	
職能	保健師・助産師・看護師・准看護師	実務経験年数	年 ※休職期間は除く
職位	看護部長相当・副部長相当・師長相当・副師長相当 主任相当・副主任相当・スタッフ・その他( )	得意分野	成人/老年/精神/救急/地域/母性 小児/その他( )
登録情報変更	1 なし ※前回登録時から、登録情報に変更がある場合は、下記項目に○をつけてください。 2 あり⇒① 勤務先 ② 自宅住所 ③ 連絡先(電話・メール) ④ 姓 ⑤ 緊急連絡先 ⑥ その他( )		
災害活動歴	活動歴: 有・無	活動場所 (災害名または活動年度)	
	派遣元 : 1 勤務先(DMAT 含) 2 看護協会(災害支援ナース) 3 個人ボランティア		
派遣依頼先	● 災害支援ナース派遣を管理する担当者または管理者の連絡先を記入のこと。(個人名ではなく役職名) ● メールでの派遣要請になるため、メールアドレスの記載がない場合は災害派遣要請ができません。 ご注意: 個人のメールアドレスは、担当者等が変わると連絡ができません。 継続して使用できるメールアドレスを記入してください。例:kangobu@...等		
	担当者役職名:	FAX番号( )	-
	メールアドレス	@	

### 【施設長(病院長)の承認】

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。  
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。

派遣時の身分に○をつけてください

施設長 氏名

印

【お問合せ先】 公益社団法人東京都看護協会 危機管理室

TEL 03-6300-5447

〒160-0023 東京都新宿区西新宿四丁目2番19号

e-mail saigai@tna.or.jp

※本登録書は災害支援ナースの登録・派遣及び研修の目的以外に使用することはありません。