様式１

年度　東京都看護協会 災害支援ナース登録申込書　（養成研修）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ※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№ | |
| **看護協会員** | 都看協№ | | | | | 日看協№ | | | | | |
| 入会手続き中の方は、手続き状況に当てはまるものに〇をつけてください。 | | | | | 入会申込済 ・ 口座引落し予定 ・ 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** | 〒　　　　　－ | | | | | | | | | | 縦4㎝×横3㎝  顔の大きさは  写真の70%  程度を占めること  写真貼付位置  （6か月以内に撮影した顔写真 無帽） |
| **電話番号　　（　　　　　　　　　）　　　　　　　　ー** | | | | | | | | | |
| **携帯電話　　（　　　　　　　　　）　　　　　　　　ー** | | | | | | | | | |
| **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　　就業中　　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  ※臨床経験5年以上が参加条件です |
| **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（　　　　　　　　　　　　　　） |
| **資格・特技** | １　運転免許（　普通　・　大型　・　二輪　）　　　　２　手話　　　　３　外国語（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）語  ４　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | |
| **DMATの登録** | １　DMAT隊員である　　　　２　DMAT隊員ではない | | | | | | | | | | |
| **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ないことがあります。  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 |

［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。