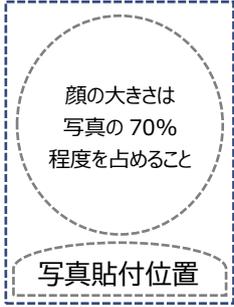


## 年度 東京都看護協会 災害支援ナース登録申込書（養成研修）

※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No.

<b>看護協会員</b>	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	<div style="border: 1px dashed blue; padding: 10px; text-align: center;">  <p>顔の大きさは 写真の70% 程度を占めること</p> <p>写真貼付位置</p> <p>縦4cm×横3cm (6か月以内に撮影した顔写真 無帽)</p> </div>					
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 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)</li> <li>● 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</li> </ul> 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。