

令和 5 年度 東京都看護協会 災害支援ナース養成研修 受講申込書

1. 本研修を申し込むことについて、所属施設の看護管理者(医療機関)・責任者(医療機関以外)に必ず承認を得てください。
2. 本用紙を看護管理者・責任者に提出する期限を確認のうえ、以下の太線内の該当箇所にご記入ください。
3. 記入後、提出期限を守って責任者にご提出ください。

受付No.

受講希望日程 (いずれかに☑)	☐ 第1回 ☐ 第2回 ☐ 第1回・第2回のどちらでもよい				
本研修修了後の派遣に関する説明	☐ 右欄の内容を確認した(確認したら☑する) ※☑がない場合、本研修を受講することができません				
個人情報および修了者リストに関する説明	☐ 右欄の内容を確認した(確認したら☑する) ※☑がない場合、本研修を受講することができません				
フリガナ			性別	男・女	生年月日
氏 名					西暦 年 月 日
現在の就業先	施設名				
	日中連絡可能な院内内線番号		個人の携帯電話番号		
メールアドレス(フリガナ) ※1					
メールアドレス(1マスに1文字・左寄せで記入)					
保有免許の種類	☐ 看護師	免許番号	号		
(該当免許の全てに☑し、免許番号を記入)	☐ 保健師	免許番号	号		
	☐ 助産師	免許番号	号		
	☐ 准看護師	免許番号	号		

※1 メールアドレス(フリガナ)の記入例: t-saigai@tna.or.jp の場合、
 ティー・ハイフン・エス・イー・アイ・ジー・イー・アイ・アット・ティー・エヌ・イー……

2018年度～2022年度に災害支援ナースの登録をされた方は、以下もご記入ください

災害支援ナース登録日	西暦 年 月 日	※災害支援ナース登録者証に記載されている登録日を記入	
東京都看護協会 会員番号		日本看護協会 会員番号	
災害各論(540 分)の一部免除の希望 (どちらかに☑)		☐ 希望する ☐ 希望しない	

【お問い合わせ先】 公益社団法人東京都看護協会 危機管理室
 〒160-0023 東京都新宿区西新宿四丁目 2 番19号

TEL 03-6300-5447(平日 9～17 時)
 e-mail saigai@tna.or.jp