

【様式2：施設とりまとめ者（看護管理者・責任者）用】

令和5年度 東京都看護協会 災害支援ナース養成研修 申込者確認書

- 看護管理者(医療機関)・責任者(医療機関以外)は、以下の太枠内に、申し込みされる方の情報をご記入ください。
- 本様式は、貴施設からの申込者が記入した【様式1】と合わせて、郵送でご提出ください。
- 申込期間：令和5年8月10日(木)～9月5日(火) ※郵送必着

[郵送先およびお問い合わせ先]

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
e-mail saigai@tna.or.jp

1. 本研修申込に関する確認事項

項目	説明	説明を確認し、☐
本研修修了後の派遣に関する説明	「災害・感染症医療業務従事者」は、災害や新興感染症発生時における看護職員の応援派遣に関する協定を東京都と締結した医療機関に所属する本研修修了者が該当し、厚生労働省に登録します。 本研修修了者は「災害支援ナース」としてリスト化されますが、医療法の規定に従い、令和6年度以降に災害や新興感染症が発生し、応援派遣要請があった場合は、修了者のうち「災害・感染症医療業務従事者」を最初に派遣します。東京都が以下の順番で派遣調整します。 ①東京都と協定締結した医療機関の修了者：「災害・感染症医療業務従事者」として応援派遣調整を行います。 ②東京都と協定締結をしていない医療機関もしくは施設等の修了者：①で人員が不足した場合、応援派遣調整を行います。 ③所属施設のない方：①②で人員が不足した場合、東京都もしくは東京都看護協会が雇用し、応援派遣調整を行います。	☐ 確認しました
施設の意向について	災害や新興感染症発生時における看護職員の応援派遣に関する協定締結を東京都から求められた場合、締結する予定はありますか。	☐ 締結の予定がある ☐ 締結の予定はない ☐ 現在検討中である
本研修修了者について	本研修修了者はリスト化し、厚生労働省と東京都(協定締結医療機関所属の修了者のみ)、および日本看護協会にそのリストを提出します。	☐ 確認しました

2. 貴施設の看護管理者・責任者と応援派遣調整時の連絡先

施設名															
看護管理者・責任者 氏名・職位	氏名	職位													
応援派遣調整時の連絡先 (ご担当者が変わっても連絡可能な電話番号・メールアドレスをご記入ください)															
ご担当者 氏名・職位	氏名	職位													
施設住所	〒 -														
電話番号・FAX 番号	電話番号	FAX 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)															

※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……

3. 申込者リスト
- ・申込者が6名を超える場合は、本様式をコピーしてご記入ください。
 - ・申込多数の場合は、優先順位をもとに調整させていただきます。ご了承ください。

優先順位	申込者氏名	性別	優先順位	申込者氏名	性別
1		男・女	4		男・女
2		男・女	5		男・女
3		男・女	6		男・女