

2024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

- 看護管理者(医療機関)・責任者(医療機関以外)は、以下の1～3の枠内にご記入ください。
- 本様式は、郵送でご提出ください(7月12日郵送必着)。早めにとりまとめをお願いいたします。
- 申込期間：2024年6月10日(月)～7月12日(金) ※郵送必着

1. 本研修申込に関する確認事項

項目	説明	説明を確認し、 <input checked="" type="checkbox"/>
本研修修了後の派遣に関する説明	<p>「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派遣に関する協定を東京都と締結した医療機関等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。</p> <p>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、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。</p> <p>東京都もしくは東京都看護協会が以下の順番で派遣調整します。</p> <p>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」として派遣調整を行います。</p> <p>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、派遣調整を行います。</p>	<input type="checkbox"/> 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(災害支援ナース)の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。	<input type="checkbox"/> すでに締結している <input type="checkbox"/> 締結の予定がある <input type="checkbox"/> 締結の予定はない
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、および日本看護協会にそのリストを提出します。	<input type="checkbox"/> 了承しました

2. 申込者リスト・優先順位をもとに調整させていただきます。

・申込多数の場合は、申込者全員が受講できない場合があります。ご了承ください。

優先順位	申込者氏名	性別	保有資格 (保有資格全てに○)	実務年数 (通算)	受講希望日程 (いずれかに☑)
1	フリガナ	男・女	保・助・看・准	年目	<input type="checkbox"/> 第1回
	氏名				<input type="checkbox"/> 第2回
					<input type="checkbox"/> どちらでもよい
2	フリガナ	男・女	保・助・看・准	年目	<input type="checkbox"/> 第1回
	氏名				<input type="checkbox"/> 第2回
					<input type="checkbox"/> どちらでもよい
3	フリガナ	男・女	保・助・看・准	年目	<input type="checkbox"/> 第1回
	氏名				<input type="checkbox"/> 第2回
					<input type="checkbox"/> どちらでもよい
4	フリガナ	男・女	保・助・看・准	年目	<input type="checkbox"/> 第1回
	氏名				<input type="checkbox"/> 第2回
					<input type="checkbox"/> どちらでもよい
5	フリガナ	男・女	保・助・看・准	年目	<input type="checkbox"/> 第1回
	氏名				<input type="checkbox"/> 第2回
					<input type="checkbox"/> どちらでもよい

※ 裏面に「看護管理者・責任者と応援派遣調整時の連絡先」の記入欄があります。ご記入ください。※

3. 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・エー・アイ・ジー・イー・アイ・アット・ティー・エヌ・イー……

【受講申込書提出先 および 問い合わせ先】

公益社団法人東京都看護協会 事業部 危機管理課
 災害支援ナース養成研修事務局

〒160-0023 東京都新宿区西新宿四丁目 2 番19号
 TEL 03-6300-5447(直通)