**2025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の枠内にご入力ください。
* 本様式は、メールでご提出ください。　提出手順は、別紙の　**【受講申込書の提出手順】**　をご確認ください。
* 申込期間　：　2025年6月9日（月）～7月14日（月）

**1．本研修申込に関する確認事項**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **項目** | **説明** | **説明を確認し、☒ﾁｪｯｸ** |
| **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（災害支援ナース）」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。医療法の規定に従い、災害や新興感染症が発生し、派遣要請があった場合に、東京都もしくは東京都看護協会が、東京都と協定締結した医療機関の「災害・感染症医療業務従事者（災害支援ナース）」を派遣調整します。 | [ ]  **確認しました** |
| **東京都との協定締結について** | 災害支援ナースの派遣に際して、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を東京都と締結することになります。**申込にあたっては、申込者の所属施設が東京都と協定を締結することに同意しているか、既に締結している必要があります。** | **＜いずれか１つを選択＞**[ ]  **すでに締結している**[ ]  **受講後、締結予定** |
| **個人情報の提供について** | 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。リストの情報に基づき、厚生労働省が改正医療法における「災害・感染症医療業務従事者」の登録、災害支援ナースの登録（新EMIS（広域災害救急医療情報システム）への登録含む）」を行います。なお、リストには、氏名、生年月日、性別、メールアドレス、電話番号、勤務先、保健師/助産師/看護師籍または准看護師籍の登録番号、研修修了に係る登録証番号を含みます。 | [ ]  **個人情報の提供について、申込者の了承を得ました**[ ]  **左の内容について了承しました****※了承いただけない場合は受講できません** |

**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。

 　・受講可能回を複数選択された場合は、事務局で調整し、受講回を決定します。

 　・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**(☒ﾁｪｯｸ)** | 保有資格（保有資格全てに**☒ﾁｪｯｸ**） | 実務年数（通算） | 受講可能回（該当回に**☒ﾁｪｯｸ**・複数日程選択可） |
| 1 | ﾌﾘｶﾞﾅ　　　 | [ ]  男[ ]  女 | [ ]  看護師　　[ ]  保健師[ ]  助産師　　[ ]  准看護師 | 年目 | [ ]  第1回[ ]  第2回[ ]  第3回 |
| 氏名　　　 |
| 2 | ﾌﾘｶﾞﾅ　　　 | [ ]  男[ ]  女 | [ ]  看護師　　[ ]  保健師[ ]  助産師　　[ ]  准看護師 | 年目 | [ ]  第1回[ ]  第2回[ ]  第3回 |
| 氏名　　　 |
| 3 | ﾌﾘｶﾞﾅ　　　 | [ ]  男[ ]  女 | [ ]  看護師　　[ ]  保健師[ ]  助産師　　[ ]  准看護師 | 年目 | [ ]  第1回[ ]  第2回[ ]  第3回 |
| 氏名　　　 |
| 4 | ﾌﾘｶﾞﾅ　　　 | [ ]  男[ ]  女 | [ ]  看護師　　[ ]  保健師[ ]  助産師　　[ ]  准看護師 | 年目 | [ ]  第1回[ ]  第2回[ ]  第3回 |
| 氏名　　　 |
| 5 | ﾌﾘｶﾞﾅ　　　 | [ ]  男[ ]  女 | [ ]  看護師　　[ ]  保健師[ ]  助産師　　[ ]  准看護師 | 年目 | [ ]  第1回[ ]  第2回[ ]  第3回 |
| 氏名　　　 |

**※ 次に「3.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** |  |
| **メールアドレス（確認用）****※上段と同じアドレスをご入力ください** |  |

**【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**

ＴＥＬ 　03‐6300‐５４４７（直通）

e-mail 　saigai@tna.or.jp

※メールの件名は　「２０２５年度災害支援ナース養成研修申込」でお願いいたします

**※提出前に、別紙の【受講申込書の提出手順】 をご確認ください※**