

*この申込用紙に記入いただいた個人情報は、厳重に管理し、他の目的では使用いたしません。

個人申込用紙（様式1）

災害支援ナース養成研修受講申込書

下記事項をすべてご記入ください。（記入漏れがある場合、受付できないことがあります。）

フリガナ	性別	生年月日	
氏名	男・女	(西暦)	年 月 日 () 歳
住所			
所属施設名：			
佐賀県看護協会会員番号 ()		所属地区 ()	
保有免許職種に☑をし、登録番号（免許番号）をご記入ください。			
職種	登録番号（免許番号）	職種	登録番号（免許番号）
<input type="checkbox"/> 保健師		<input type="checkbox"/> 看護師	
<input type="checkbox"/> 助産師			
【講義免除に関する確認事項】 *該当する項目に☑をしてください。			
1 災害支援ナースに既にご登録いただいている方のうち、以下の(1)または(2)に該当する場合は「B：災害各論」オンデマンド研修の免除が可能となります。			
(1) <input type="checkbox"/>	直近5年（平成30年～令和4年度）に「災害支援ナースの第1歩JNA収録DVD研修」を受講した。	受講年度 () 年度 ※修了証のコピーを送付してください	
(2) <input type="checkbox"/>	直近5年（平成30年～令和4年度）に日本看護協会、佐賀県看護協会が開催する災害看護研修を連続して受講している	年度	研修・訓練名を記入
		H30	
		R1	
		R2	
		R3	
	R4		
<input type="checkbox"/>	「B:災害各論」オンデマンド研修の免除に該当しない。		
2 令和4年度新型コロナウイルス感染症対応研修のうち、「重症患者対応研修」を終了された方は「C：感染症各論」オンデマンド研修の免除が可能となります。			
<input type="checkbox"/>	重症患者対応研修を修了している。		
<input type="checkbox"/>	「C：感染症各論」オンデマンド研修の免除に該当しない。		

研修を修了された方については、日本看護協会ならびに佐賀県に修了者として報告いたします。あわせて「災害・感染症医療業務従事者」として国に登録されることとなります。

同意します。 同意しません。

申込者氏名

印

研修終了後、上記の者を災害支援ナースとして登録することを承諾します。

令和 年 月 日

佐賀県看護協会 会長様

施設名

施設長

印