

※この申込書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。

災害支援ナース養成研修受講申込書

下記事項のすべてに御記入ください。□には、該当する箇所にチェックを入れてください。

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			
所属施設 〒			
住所			
現在勤務の職種：		看護職の経験年数： 年	
保有免許及び登録番号（免許番号）			
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		<input type="checkbox"/> 准看護師	(県)
専門看護師・認定看護師 資格の有無		<input type="checkbox"/> あり※次の欄に記載ください	<input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> 専門 <input type="checkbox"/> 認定 (種類)	
<input type="checkbox"/> 佐賀県看護協会会員 県会員番号 ()		<input type="checkbox"/> 非会員	
eラーニング受講用メールアドレス(職場でも個人でも可。受講に都合の良いアドレスを記載のこと) ※eラーニング受講のためのIDとパスワードを、各個人のアドレスあてに送信するために必要です。誤送防止のため、丁寧かつ正確に記載いただきますようお願いいたします。なお、RFC違反のアドレスは使用できません。			
災害支援ナースの登録に必要な情報			
個人メールアドレス：			
個人携帯電話番号：			

厚生労働省への名簿の事前提出、佐賀県への修了者リストの提供及び「災害・感染症医療業務従事者」への登録およびEMIS（広域災害救急医療情報システム）への登録に

同意します

※受講には同意が必要です。

申込者氏名

㊟

以下、所属施設記入欄

研修修了後、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

㊟