

(様式2)

災害支援ナース登録者応募用紙（個人会員）

20 年 月 日（西暦）

ふりがな 氏名： _____ 県協会会員番号 _____	
性別： 男 ・ 女	
生年月日： 昭和 ・ 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日（年齢： _____ 歳）	
住所： 〒 _____ 電話番号： _____ FAX番号： _____ E-mail： _____	
免許種類と取得年月日： 保健師 _____ 年 _____ 月 _____ 日 助産師 _____ 年 _____ 月 _____ 日 看護師 _____ 年 _____ 月 _____ 日 准看護師 _____ 年 _____ 月 _____ 日	
看護の専門性	経験年数 _____ 年 / 看護職賠償責任保険の加入（有・無）
	専門領域 経験の有無
	救急救命看護 トリアージ 有 無
	手術室看護 有 無
	透析看護 有 無
	外科系看護 有 無
内科系看護 有 無	
慢性疾患看護 有 無	
精神科系看護 有 無	
地域看護 有 無	
その他	必須研修 日本看護協会主催「災害支援ナースの第一歩 災害看護の基本的知識 (受託研修) 受講年： _____ 本協会主催「災害支援ナース育成研修」 受講年： _____ 被災地で活動した経験（有・無 / _____）

※更新は3年毎とする。 災害支援ナースに登録後は、3年に1回は災害支援ナース交流会や災害看護及び支援活動に係る研修会（福島県看護協会研修計画に推奨研修として示すもの）の受講、災害看護学会等への参加をするなどして、自己研鑽する。