

## 災害支援ナース養成研修修了者リスト提出及び 災害・感染症医療業務従事者への登録に関する同意書

公益社団法人福島県看護協会  
会長 佐藤博子様

災害支援ナース養成研修修了後、災害時に応援派遣調整のため福島県看護協会が修了者名簿を福島県及び日本看護協会へ提出し、医療法第三十条の十二の二に定める「災害・感染症医療業務従事者」として厚生労働省へ登録されることに同意します。

名簿に含まれる内容

1. 氏名（フリガナ）、生年月日及び性別
2. 所属施設の有無、所属する施設名称及び所在地
3. 職種
4. 保健師・助産師・看護師籍又は准看護師籍の登録番号（※准看護師は都道府県名も）
5. 災害支援ナース養成研修課程修了年月日（登録証No.・修了年月日）

令和 年 月 日

氏名

\_\_\_\_\_（自署）