

* 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兼同意書

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(西暦)	年	月	日()歳
氏名		男・女	電話番号(個人)			
住所			メール(個人)			
フリガナ						
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)	職種	登録番号(免許番号)	
<input type="checkbox"/> 保健師		<input type="checkbox"/> 助産師		<input type="checkbox"/> 看護師		
【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(令和元年~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(令和元年~令和5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	
				R元		
				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、新EMIS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