登録証作成のため、写真(3×3.5cm)を添付してくださるか、画像を下記メールアドレスまで送信してくださるようお願いします。E-mail:jyoumu2@saga-nurse.org

様式１

災 害 支 援 ナ ー ス 登 録 票

登録申請日　　年　　月　　日

フリガナ 氏　　名		男 女	生　年　月　日 S・H　　年　　月　　日（　　歳）
自宅住所 TEL/FAX 携帯/e-mail	（〒　　）		
	TEL：		FAX：
	携帯番号：		e-mail：
活動中の 緊急連絡先	① 氏名：続柄（　　）TEL ② 氏名：続柄（　　）TEL		
所属施設名 住所 TEL/FAX	施設名 TEL： FAX：		未就業者 最終離職日 年 月
免許書類等	種類（該当に〇囲む）	経　験　年　数	
	保健師免許	年	
	看護師免許	年	
	助産師免許	年	
看護協会員	県会員 No（　　）所属地区（　　）		
災害看護研修の 受講履歴	研修名：		
	受講時期：		
日本看護協会 賠償責任保険	・加入している　　・加入していない		

私は、自己の責任において災害支援ナースとして災害支援活動に参加します。

令和　　年　　月　　日

氏名　　印

所 属 施 設 の 承 諾 書

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。

但し、施設の状況により派遣できない場合があることをご承知おきください。

令和　　年　　月　　日

公益社団法人佐賀県看護協会　会長　様

施設名

施設長　　印