**栃木県看護協会　災害支援ナース養成研修　受講申込書**

申込年月日　西暦　　　　年　　　月　　　日

※ 本研修申し込みについては、所属施設の看護管理者（医療機関以外の場合は責任者）の承諾を必ず得てください。

※ 本申込書を看護管理者（または責任者）による内容確認の上、お手数ですが当協会に郵送でご提出ください。

|  |
| --- |
| 研修申込者 |
| (ふりがな)氏　 名 |  | 性別 | 男 ・ 女 | 生年月日 | 西暦年　　　月　　　日 |
|  |
| 電話番号 |  | 携帯電話 |  |
| メールアドレス(正確に記載してください) |  |
| 保有免許(該当の全てに☑) | □ 保健師　　 　 　□ 助産師　 　 　　□ 看護師　 　 　　□ 准看護師 |
| 職種毎の実務経験年数 | 保健師（　　　年）　　　助産師（　　　年）　　　看護師（　　　年）　　　准看護師（　　　年） |
| 看護協会会員番号 | 栃木県看護協会　　№　 | 日本看護協会　　№  |
| オンデマンド研修「災害各論」「感染症各論」の一部免除 (該当に☑)  |
|  「災害各論」… 既に県協会に災害支援ナースとして登録している者（旧 災害支援ナース）のうち、次のいずれかに該当し、旧災害支援ナースであることを証明できること　□ 登録日から5年を経過していない者　□ 災害看護に関する研修もしくは訓練に毎年参加している者 「感染症各論」□ 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」を受講した者で、重症患者対応研修修了証を証明できること※ それぞれ証明書のコピー等を添付 |
| ※ 災害支援ナース登録者の方（登録期限内の方）のみご記入ください |
| 登録番号 | ０９－　　　　　　－ | 有効期限 | 年　３月 |

※ 次の項目を確認し、☑を入れてください。

|  |
| --- |
| □ 災害支援ナース養成研修修了後に、研修修了者リストに記載となることを承諾いたします。 |

|  |
| --- |
| □ 本研修申込の際にご提供いただく個人情報は、当協会の個人情報保護方針に基づき、本研修および災害派遣に伴う書類作成・発送・連絡に用い、この範囲を超えて取り扱うことはありません。 |

|  |
| --- |
| 所属施設 |
| 施　設　名 |  |
| 電話番号 |  | (ふりがな)申込担当者氏名 |  |
| 看護管理者・責任者の承諾 | □ 承諾する 　（✓を入れてください） |