

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)			
保有免許及び 免許番号 (該当の全てに☑)	<input type="checkbox"/> 保健師() <input type="checkbox"/> 助産師() <input type="checkbox"/> 看護師() <input type="checkbox"/> 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 No.	日本看護協会 No.	
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 <input type="checkbox"/> 登録日から5年を経過していない者 <input type="checkbox"/> 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」 <input type="checkbox"/> 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			
※ 旧 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。

<input type="checkbox"/> 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。
<input type="checkbox"/> 「災害・感染症医療業務従事者」への登録に同意いたします。
<input type="checkbox"/> 本研修申込の際にご提供いただく個人情報、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	<input type="checkbox"/> 承諾する (☑を入れてください)