**令和6年度災害支援ナース養成研修　受講申込書**

下記事項を**すべて**ご記入ください（記載漏れは受付できないことがあります）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **フリガナ** | |  | | | | | | | | | | | **性別** | | |
| **氏　　名** | |  | | | | | | | | | | | 男　・　女 | | |
| **生年月日** | | (西暦)　　　　 年 　　　月 　　　日 生　( 満　　　　) 歳 | | | | | | | | | | | | | |
| **鳥取県看護協会会員番号** | | | | | |  |  |  | |  |  |  | 会員外　　□ | | |
| **メールアドレス** | | | | | |  | | | | | | | | | |
| **※オンデマンド研修のID・パスワード、研修の連絡のために使用します。**  **見やすく、正確に記入してください** | | | | | | | | | |
| **所属施設** | | 施設№  (会員施設のみ) | | | | 施設名： | | | | | | | | | |
|  |  |  |  | 住　所： | | | | | | | | | |
| **連絡先** | | TEL：　　　　　　　　　　　　　　　FAX： | | | | | | | | | | | | | |
| **保有免許に☑をし、登録番号(免許番号)をご記入下さい** | | | | | | | | | | | | | | | |
| 職種 | | 登録番号（免許番号） | | | | | | | 職種 | | | 登録番号(免許番号) | | | |
| * 保健師 | |  | | | | | | | * 看護師 | | |  | | | |
| * 助産師 | |  | | | | | | | □ 准看護師 | | |  | | 都道府県 |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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、以下に該当する場合は「災害各論」オンデマンド研修が免除される場合があります。該当する項目に☑をしてください | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ | 平成30年度～令和4年度に災害支援ナース研修【基礎編】【養成編】を受講した。 | | | | | | | | | | | | | | |
| □ | 平成３０年度～令和４年度に日本看護協会、鳥取県看護協会が開催する災害看護研修、もしくは防災や災害時に対応に関する訓練を連続して毎年受講している。 | | | | | | | | | | | | | | |
| 2) 経験分野および被災地活動経験　ICU経験やHCUなど急性期病棟がある方や新型コロナウイルス感染症支援の経験がある方は経験年数をご記入ください。被災地での活動経験がある場合はご記入ください。（例　ICU　５年）（例　東日本大震災　DMATとして活動） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 経験分野（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）被災地での活動経験（　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| 研修を修了された方は、「災害・感染症医療業務従事者」として登録し、災害等発生時の応援派遣のためリスト化され、鳥取県並びに日本看護協会に修了者として報告いたします。  その際、受講申込書の記載内容についても併せて報告します。  **□ 同意します**  **申込者氏名　　　　　　　　　　　　 　　　印** |

|  |
| --- |
| **貴施設における受講者の優先順位（複数名申込の場合）　　　　位**  申込者が定員を超えた場合は同一医療機関から受講者を調整させていただく場合があります。 |

|  |
| --- |
| 研修修了後、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  鳥取県看護協会長様  **施設名**  **施設長　　　　　　　　　　　 　　　　　　印** |