**「まちの減災ナース指導者」養成研修申込書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **※１．太枠内の項目にご記入ください。****※２．原則応募者は、定員超えても受講決定と考えておりますが、予想以上の応募の場合は、不可の方のみ連絡いたします。** |  | ＊受講番号 |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記入日　　　平成　　年　　　月　　日 |
| フリガナ |  | 年齢 | 性　別 |
| 氏名 |  |  | 男・女 |
| 施 設 名　　(所属のない場合は未記入で良い) | 実務経験年数　　　　　　　　　　年 |
| 施設住所　〒　　－　　　　　　(所属のない場合は未記入で良い)　　ＴＥＬ：　　　（　　 　）　　　　　　　　　　　ＦＡＸ：　　　　（　　　 ） |
| 勤務場所　　　例)中央手術部　　　小児病棟　　等　　　　　　　　　　　　　　　 | 直通または内線番号 | 直通 | 　　（　　　） |
| 内線 |  |
| 自宅住所　〒　 ＴＥＬ： （　　　　）　　　　　　　　ＦＡＸ： 　（　　　　） |
| ※活用できる連絡先に〇を　　　　　　　施設　　・　　自宅　・　　どちらでもよい |
| 災害支援活動の参加状況を具体的にご記入ください |
| 災害名 | 活動期間 | 派遣場所 | 具体的な支援活動内容 |
| 例：熊本地震 | 平成２８年４月３０日～５月３日　 | 益城体育館 | 生活支援一般、トイレ掃除、応急処置など |
|  | 　　　  |  |  |
|  | 　　　  |  |  |
|  | 　　  |  |  |
|  | 　　　  |  |  |
|  | 　　　  |  |  |
| 職　　種 | 保・助・看 | * 二つ以上の職種の方は、すべてに〇をしてください。
 |
| **受講者のメールアドレス欄**　　※メールアドレスが無い場合はFAX番号　(両方不可能な方は自宅あるいは施設に連絡させていただきます。) |

**※　提出いただいた個人情報については、本研修の実施運営に関わる作業を目的として使用し、それ以外の目的では使用いたしません。**