申し込み先

申込者（代表者等連絡先）

山口県看護協会（教育研修事業課）

FAX　0835　–　24　–　1230

TEL　0835　–　28　–　7512

e-mail 　jigyou@y-kango.or.jp

施設名

氏名

TEL （　　　 　　　）　　　　　―

◆**平成30年度「災害支援ナースフォローアップ研修」申込書**◆

日　時 ： 平成30年6月9日（土）　10：00～15:00

テーマ ： 「　避難所運営を学ぼう　～机上のシミュレーションをとおして～　」

対 象： 災害支援ナース登録者で、平成29年度に災害支援ナースフォローアップ研修

　　　　　　　　を受講していない者

　　 定 員： 50名　　　受講料：2,000円

◆申込記入欄　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　期限：平成30年5月8日（火）まで

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 施設Ｎｏ． | 施設名　： | |
| 施設住所　：　〒　　　　　　－ | | ＴＥＬ　　　　　　　－　　　　－  ＦＡＸ 　　　　　 － － |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **施設の**  **優先**  **順位** | **県会員No.**  **（６桁）** | **災害支援**  **ナース**  **登録番号** | **氏名** | **経験年数** | **職　能**  **（該当に○）** | **※過去に災害支援活動経験がある場合は該当に○または空欄にご記入ください。** | |
| **活動内容** | **活動場所** |
| **1** |  |  |  |  | **保**  **助**  **看** | **1　看護職として**  **2　ボランティアで**  **3 その他** | **1　避難所**  **2　その他**  **（　　　　　　　）** |
| **2** |  |  |  |  | **保**  **助**  **看** | **1　看護職として**  **2　ボランティアで**  **3 その他** | **1　避難所**  **2　その他**  **（　　　　　　　）** |
| **3** |  |  |  |  | **保**  **助**  **看** | **1　看護職として**  **2　ボランティアで**  **3 その他** | **1　避難所**  **2　その他**  **（　　　　　　　）** |
| **4** |  |  |  |  | **保**  **助**  **看** | **1　看護職として**  **2　ボランティアで**  **3 その他** | **1　避難所**  **2　その他**  **（　　　　　　　）** |
| **5** |  |  |  |  | **保**  **助**  **看** | **1　看護職として**  **2　ボランティアで**  **3 その他** | **1　避難所**  **2　その他**  **（　　　　　　　）** |

※新規登録申し込み者の場合は、登録番号の記入は不要です。

※過去の活動経験については、グループ分けの参考にしますので、よろしければご記入ください。

※申し込み状況により、人数制限をさせていただく場合がありますので予めご了承ください。

※人数制限がある場合は施設に連絡をいたします。ご不明な場合は、お問い合わせください。