

令和 年 月 日

公益社団法人愛知県看護協会
会長 三浦昌子 殿

「災害支援ナース養成研修」受講に関する情報提供と登録に関する同意書

「災害支援ナース養成研修」を受講の際には、下記の①②③の項目すべてに同意します。

記

① 厚生労働省への名簿の事前提出、愛知県行政への情報提供(修了者リストに必要な事項)

・氏名 ・生年月日 ・性別 ・メールアドレス(※1) ・個人の携帯電話番号(※2)
・所属施設名 ・所属施設の住所 ・職種 ・資格登録番号(保・助・看・准)
・専門、認定の資格 (※3)
・災害支援ナース養成研修登録証 No. ・研修修了日

※1 メールアドレスは、研修サイトに登録のメールアドレス(本研修修了時点)を提供します。

※2 個人の携帯番号を正しくご記入をお願いします。

個人携帯番号 _____

※3 資格をお持ちの方は、保有されている資格をご記入下さい

専門・認定の資格 _____

例:感染管理認定看護師

② 医療法における「災害・感染症医療業務従事者」への登録

③ 災害支援ナースの登録[EMIS(広域災害救急医療情報システム)への登録含む]

所属施設名 _____

氏 名 _____