

令和6年度災害支援ナース養成研修 受講申込書（受講者用）

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）

演習希望日程		<input type="checkbox"/> A日程（10月16日、17日）／ <input type="checkbox"/> B日程（11月21日、22日）／ <input type="checkbox"/> どちらでもよい			
フリガナ		性別			
氏名		男 ・ 女			
生年月日	(西暦)	年	月	日生 (満)	歳
岡山県看護協会会員番号					会員外 <input type="checkbox"/>
メールアドレス (アドレスの共有はできません)	※オンデマンド研修のID・パスワード送付用。楷書で正確に記入してください ハイフンとアンダーバー、1とl、2とz、0とoなどははっきり書き分けてください。				
所属施設	施設No. (会員施設のみ)	施設名：			
		住所：			
連絡先	TEL：	FAX：			
保有免許に <input checked="" type="checkbox"/> 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)		
<input type="checkbox"/> 保健師		<input type="checkbox"/> 看護師			
<input type="checkbox"/> 助産師		<input type="checkbox"/> 准看護師		都道府県	

講義免除に関する確認事項（対象者には個別に対応いたします）

1)令和4年度および5年度に災害支援ナースに既にご登録いただいていた方のうち、以下に該当する場合は「B：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 <input checked="" type="checkbox"/> をしてください	
<input type="checkbox"/> 令和2年度～令和4年度に災害看護【基礎編】で「災害支援ナースの第一歩 JNA 収録 DVD 研修」を受講した	修了証番号() *修了証のコピーを添付してください。
2)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」を修了された方は「C：感染症各論」オンデマンド研修の免除が可能となります。	
<input type="checkbox"/> 重症患者対応研修を修了している	修了証番号() *修了証のコピーを添付してください。
<input type="checkbox"/> 3)いずれにも該当しない／免除不要	

【確認事項1】	<input type="checkbox"/> 同意します
研修を修了された方は、災害等発生時の応援派遣のためリスト化され、厚生労働省と岡山県、なら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。	
【確認事項2】 ※医療機関に勤務している方	<input type="checkbox"/> 同意します
岡山県と協定を結んだ医療機関に勤務する者は、「災害・感染症医療業務従事者」として厚生労働省に登録されます。	
本人署名 印	

令和 6 年度災害支援ナース養成研修 申込確認用
(看護管理者または責任者用)

看護管理者または責任者は、以下のすべてにご記入いただき、申込書と一緒に提出ください。

施設名				施設 No. (会員施設のみ)
看護管理者 責任者			職位	
施設住所	〒 -			
連絡先	TEL :		FAX :	
メールアドレス				

【医療機関及びその他施設の方】

岡山県との協定について 締結済み / 締結予定である

【研修修了後についての確認事項】

本研修修了者は「災害支援ナース」としてリスト化されます。「災害・感染症医療業務従事者」は、災害や新興感染症発生時における看護職員の派遣に関する協定を、岡山県と締結する医療機関に所属する本研修修了者が該当し、厚生労働省に登録します。

医療法の規定に従って災害や新興感染症の発生により派遣要請があった場合は、修了者のうち「災害・感染症医療従事者」を最初に派遣します。派遣はすべて在籍出向の形で行われます。

- ① 岡山県と協定締結した医療機関に勤務する修了者
「災害・感染症医療業務従事者」として派遣調整を行います。
- ② ①以外の施設等に勤務する修了者
地域の実情に応じ、岡山県は医療機関以外の施設とも協定を結ぶことができます。
協定を結んだ施設の災害支援ナースは派遣調整の対象となります。
- ③ 所属施設がない方
①②で人員が不足した場合に岡山県もしくは岡山県看護協会が雇用し派遣調整を行います。

上記のことについて 確認しました

○申込者リスト

優先順位	申込者氏名	性別
1		男 ・ 女
2		男 ・ 女
3		男 ・ 女
4		男 ・ 女
5		男 ・ 女

※ 申し込み多数の場合は、調整させていただきます。

※ 様式は岡山県看護協会のホームページからダウンロードできます。