

## 令和8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、記入間違いのないようご記入ください（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	
岡山県看護協会会員番号					会員外 <input type="checkbox"/>	
所属施設	施設名：					
	所属部署：		連絡先：			
保有免許に <input checked="" type="checkbox"/> をし、登録番号(免許番号)を正確にご記入下さい						
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)		
専門看護師・認定看護師の方は分野を教えてください（現在、最も活用しているもの1つにチェック）						
【専門看護師】						
<input type="checkbox"/> がん看護 <input type="checkbox"/> 精神看護 <input type="checkbox"/> 地域看護 <input type="checkbox"/> 老人看護 <input type="checkbox"/> 小児看護 <input type="checkbox"/> 母性看護 <input type="checkbox"/> 慢性疾患看護						
<input type="checkbox"/> 急性・重症患者看護 <input type="checkbox"/> 感染症看護 <input type="checkbox"/> 家族支援 <input type="checkbox"/> 在宅看護 <input type="checkbox"/> 遺伝看護 <input type="checkbox"/> 災害看護 <input type="checkbox"/> 放射線看護						
【認定看護師 A 課程】						
<input type="checkbox"/> 救急看護 <input type="checkbox"/> 皮膚排泄ケア <input type="checkbox"/> 集中ケア <input type="checkbox"/> がん化学療法看護 <input type="checkbox"/> がん性疼痛看護 <input type="checkbox"/> 訪問看護						
<input type="checkbox"/> 感染管理 <input type="checkbox"/> 糖尿病看護 <input type="checkbox"/> 不妊症看護 <input type="checkbox"/> 新生児集中ケア <input type="checkbox"/> 透析看護 <input type="checkbox"/> 手術看護						
<input type="checkbox"/> 乳がん看護 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下障害看護 <input type="checkbox"/> 小児救急看護 <input type="checkbox"/> 認知症看護						
<input type="checkbox"/> 脳卒中リハビリテーション看護 <input type="checkbox"/> がん放射線療法看護 <input type="checkbox"/> 慢性呼吸器疾患看護 <input type="checkbox"/> 慢性心不全看護						
【認定看護師 B 課程】						
<input type="checkbox"/> 感染管理 <input type="checkbox"/> がん放射線療法看護 <input type="checkbox"/> がん薬物療法看護 <input type="checkbox"/> 緩和ケア <input type="checkbox"/> クリティカルケア						
<input type="checkbox"/> 呼吸器疾患看護 <input type="checkbox"/> 在宅ケア <input type="checkbox"/> 手術看護 <input type="checkbox"/> 小児プライマリケア <input type="checkbox"/> 新生児集中ケア						
<input type="checkbox"/> 心不全看護 <input type="checkbox"/> 腎不全看護 <input type="checkbox"/> 生殖看護 <input type="checkbox"/> 摂食嚥下障害看護 <input type="checkbox"/> 糖尿病看護 <input type="checkbox"/> 乳がん看護						
<input type="checkbox"/> 認知症看護 <input type="checkbox"/> 脳卒中看護 <input type="checkbox"/> 皮膚・排泄ケア						
【確認事項1】					<input type="checkbox"/> 同意します	
厚生労働省（日本看護協会）への受講者名簿の事前提出、都道府県行政への修了者リストの提供、および「災害・感染症医療業務従事者」への登録、EMIS（広域災害救急医療情報システム）への登録に同意が必要です。						
※ 本申込書に記載された内容と、受講決定時に提出いただく携帯電話番号とメールアドレスを使用します（必須）。						
【確認事項2】					<input type="checkbox"/> 同意します	
岡山県では、県と協定を結んだ「医療機関（病院・診療所）」勤務の災害支援ナースのみが派遣対象となります。						
上記内容に相違ありません						
令和8年	月	日	本人署名		印	

令和 8 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				

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、派遣はすべて在籍出向の形で行われます。

岡山県では「協定を結んでいる医療機関」のみが派遣対象です

医療機関以外の施設および所属施設のない方は、協定の対象外となります (派遣できない)。

研修受講者の選定にあたっては、「協定を結んでいる医療機関」が優先されます。

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、人数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。