公益社団法人鹿児島県看護協会
ボランティアナース（有償）登録申込書

申込日　　年　　月　　日

公益社団法人鹿児島県看護協会　会長　様

氏名（フリガナ） （申込者）		生年月日	西暦　　年　　月　　日生
住所	〒　　―	ＴＥＬ	
		ＦＡＸ	
		Eメール アドレス	
免許	種類	・保健師　・助産師　・看護師　・准看護師	
勤務先	病院・施設名　：　　（退職された方は最終勤務先）		
	退職又は予定年月日：　　年　　月　　日		

【得意な分野または協力していただける分野】〇印または必要事項を記載してください。※複数回答可

※登録していただきますとボランティア活動についての共通理解のための研修受講の機会があります。

※どの分野でも事前に担当者がオリエンテーションを行います。

1　研修会のサポート（受付、会場係、ファシリテーター等）

2　研修会の講師（得意科目：　　）

3　まちの保健室（　・身体測定　・各種健康相談　　・進学進路相談等）

4　県内で開催される看護学会（　・受付　・会場係等）

5　県内の各種イベントにおける救護

6　再就業支援

7　その他（　　）

【協力できる　曜日・時間帯等】

曜日	午前	午後	備考
月	～	～	
火	～	～	
水	～	～	
木	～	～	
金	～	～	
土	～	～	
日	～	～	

※　□にどちらかレ印をしてください。

□　私は地域の団体・施設などから鹿児島県看護協会へボランティアナースの紹介依頼があった時、私を紹介することを承諾します。　併せて本登録内容を依頼施設へ開示することに同意します。

□　私は地域の施設・団体から鹿児島県看護協会へボランティアナースの紹介依頼があった時、私は紹介を拒否します。

以上の内容を確認の上、公益社団法人鹿児島県看護協会ボランティアナース（有償）の登録を申し込みます。