医療機関以外（病院又は診療所以外）

鹿児島県看護協会行き

ｍail：[kna-saigai@dune.ocn.ne.jp](mailto:kna-saigai@dune.ocn.ne.jp)

℡　：099-296-8117（教育部）

令和７年5月15日（木）締切り

**令和7年度災害支援ナース養成研修受講者申込用紙（施設取りまとめ分）**

**※　全て必須です。**

施設名

申込代表者 職位　　 　　　　　　 　　　氏名

連絡先電話

メルアド ←（受講決定通知メールの送付先をご記載ください）

申込名簿

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 職位 | 氏名 | **旧災害支援ナース登録の方は**  **受講年度を記入** | **DMAT登録者の方は〇** | **認定/専門資格**  **下記※①～⑤を記入** | |
| **認定** | **専門** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |

**受講決定の受理後、マナブルよりお申込くださいますようお願いいたします。**

　　　（マナブル申込期間は６月１日（日）～６月15日（日）となっております。）

**※①**感染管理認定/専門　　**②**急性・重症患者看護専門　　**③**集中ケア認定　　**④**救急看護認定

**⑤**クリティカルケア認定

研修終了後、『災害・感染症医療業務従事者の登録』と『新EMIS（広域災害救急医療情報システム）』への登録

のために、修了者リストを鹿児島県に提供することを承諾します。

令和７年 　月 　日

　鹿児島県看護協会　会長 様

　　　　　　　　　　　　　　　　　所属施設承諾者 役職:

氏名：