災害支援ナース養成研修　受講申込書

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名  (個人会員は 自宅住所) |  |
| 担当者 | [職位]　　　　　　　　　　　[氏名]　　　　　　　　　　　　　[電話番号]  [メールアドレス] |

開催要項を確認のうえ、下記をご記入ください。

|  |
| --- |
| ＊岩手県行政への情報提供に関する同意書…同意する場合はチェックボックスにレ点をつけてください。  □本研修を修了後、岩手県行政に「災害・感染症医療業務従事者」として登録されることに  同意します。  令和　６年　　月　　日　　受講者氏名（自署） |

マナブルで「【24-032】災害支援ナース養成研修」を検索してお申込みください。

□ マナブル申込済み

オンデマンド研修の一部受講免除となる方は証明できる書類をあわせてご送付ください。

推薦書は、所属施設がある場合のみ、所属長(施設長または看護管理者)の方が記入してください

|  |
| --- |
| ※推薦書  上記の者は、当施設の看護職員であり、災害・感染症に係わる応援派遣対応看護職員を目指しております。改正医療法における「災害・感染症医療業務従事者」となる要件や資質を備えておりますので、災害支援ナース養成研修の受講者として推薦いたします。  令和　６年　　月　　日  推薦者職位・氏名（自署）： |