**登録票（施設用）**

登録日　令和　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 性　別 |
| 氏　　名 |  | 男　・　女 |
| 生年月日 | 西暦　　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日　（満　　　　歳） | |
| 住　　所  (自　　宅) | 〒 | |
|  | |
| 連　絡　先 | 自宅： | |
| 携帯： | |
| メールアドレス： | |
| 免　　許 | 保健師　　・　　助産師　　・　　看護師　　・　　准看護師 | |
| 認定・専門 | 感染管理認定看護師　　（　　有　　・　　無　　） | |
| 感染症看護専門看護師　（　　有　　・　　無　　） | |
| 看護経験年数 |  | |
| 活動できる範囲 | １居住市内　　　２居住地の近隣市町村　　　３県内全域　　　４県外 | |

|  |
| --- |
| 承諾書  　上記の者の登録を承諾いたします。  　ただし、施設の状況により派遣できない場合があることをご承知おきください。  　令和　　　年　　　月　　　日  　茨城県看護協会長　様  　施設名    施設長　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |