

令和7年度 香川県看護協会 災害支援ナース養成研修受講申込書

申込日：令和 年 月 日

所属施設の看護管理者(医療機関)・責任者(医療機関以外)の推薦について	☐ 得ている ☐ 得ていない
-------------------------------------	--

フリガナ			性別	男	生年	西暦		実務経験年数
氏 名			別	女	年月日	年	月	日 (歳) 年
香川県看護協会 会員番号					日本看護協会 会員番号			
現在の就業先	施設名						電話()	
	日中連絡可能な 院内内線番号				個人の 携帯電話番号			
メールアドレス								
保有免許の 種類 (該当免許の全てに ☑し、 免許番号を記入)	☐ 看護師	免許番号		号	災害支援ナース養成研修課程 修了年月日			
	☐ 保健師	免許番号		号	登録証No.		修了年月日	
	☐ 助産師	免許番号		号				

本研修修了後の 派遣に関する 説明	☐ 右欄の内容を確認した (確認したら☑する) ※☑がない場合、本研修を 受講することができません	「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応援派遣に関する協定を香川県と締結した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。 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が、医療法の規定に従い、令和7年度以降に災害や新興感染症が発生し、応援派遣要請があった場合は、修了者のうち「災害・感染症医療業務従事者」を最初に派遣します。香川県が以下の順番で派遣調整します。 ①香川県と協定締結した医療機関の修了者：「災害・感染症医療業務従事者」として応援派遣調整を行います。 ②香川県と協定締結をしていない医療機関もしくは施設等の修了者：①で人員が不足した場合、応援派遣調整を行います。 ③所属施設のない方：①②で人員が不足した場合、香川県もしくは香川県看護協会が雇用し、応援派遣調整を行います。
個人情報及び 修了者リストに 関する説明	☐ 右欄の内容を確認した (確認したら☑する) ※☑がない場合、本研修を 受講することができません	当協会の個人情報保護方針に基づき、個人情報の取得・利用を適切に行います。ご提供いただく個人情報に関し、研修および災害派遣に伴うご連絡・書類作成・発送に用い、この利用範囲を超えて取り扱うことはありません。なお、本研修修了者をリスト化し、厚生労働省と香川県(協定締結医療機関所属の修了者のみ)、および日本看護協会にそのリストを提出します。

以下の該当者は、希望があればオンデマンド研修を免除	1.【災害各論】の免除：既に香川県看護協会に災害支援ナースとして登録されている者(以下「旧災害支援ナース」)のうち、以下のいずれかの該当する場合は、旧災害支援ナースの登録者であることを証明するものをもって免除とする。 ①災害看護に関する研修もしくは訓練に毎年参加している者 ②旧災害支援ナースに係る研修の受講から5年を経過していない者 2.【感染症各論】の免除：「新型コロナウイルス感染症対応看護職員等の人材確保事業実施要綱」(令和4年1月28日 医政発 0128 第10号)に基づく新型コロナウイルス感染症対応看護職員養成事業の研修のうち「重症患者対応研修」を修了した者は、重症患者対応研修修了証をもって免除とする。
災害各論の一部免除の希望 (どちらかに☑)	☐ 希望する ☐ 希望しない
感染症各論の一部免除の希望 (どちらかに☑)	☐ 希望する ☐ 希望しない
※ 各々免除の対象となることが確認できる証明書又は修了書等を添付のこと	

駐車場	☐ 希望する ☐ 希望しない
-----	--

右記、QRコードよりお申し込みください

(URL: <https://x.gd/bmlxd>)

