

# 豊明市の災害時看護師等専門ボランティア登録確認票

年 月 日

フリガナ 氏名  (生年月日)	(生年月日： 年 月 日)			
住所	豊明市			
電話番号	自宅			
	携帯番号			
	メールアドレス	@		
資格	保健師	助産師	看護師	准看護師
現在の 勤務状況	・勤務していない ・勤務している… 【勤務先： _____】 【勤務形態：日勤のみ 夜勤のみ 日勤夜勤】 【勤務日：ほぼ平日 ほぼ土日祝日 不規則】			
避難予定場所				
実施可能 看護技術	・消毒や包帯法などの簡単な衛生操作 ・腕や足などがねん挫や骨折をした場合の固定法 ・点滴や注射などの投薬（成人／小児） ・バイタルサインチェック（成人／小児／新生児） ・分娩、分娩介助 ・トリアージ ・その他（ _____ ）			

※ この確認票は、災害時に豊明市の認めた医療救護活動に従事する看護師等ボランティアの登録を確認するためのもので、活動を強要するものではありません。

※ 記載された個人情報は、災害時の医療救護での活動で必要な範囲で利用し、他の目的では利用しません。

※ 上記の内容に変更があった場合は、速やかに子育て支援課へ登録変更・登録抹消の手続きを行ってください。

※ 実活動時には、ボランティア活動保険に加入します。ボランティア活動が可能である連絡があった時点で保険加入の意思があるとみなします。

※ 確認票提出時には保健師・助産師・看護師・准看護師免許のコピーを提出してください。

※ 登録者には、年1回の研修を推奨しています。