（様式１）

ＡＷＡナースからサポートセンターー

**ＡＷＡナース登録申請書**

**※太枠内は必ず記載してください。**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな）  氏　　　　名 |  | | |
| 生年月日 | 西暦　　　　年　　月　　日 | 性　別 | １．女性　　　２．男性 |
| 現住所 | 〒 | | |
| 携 帯 番 号 |  | 電話番号  （自　宅） |  |
| メールアドレス |  | 徳島県看護協会会員番号 | □会員　（番号　　　　　　）  □非会員 |
| 保有免許・資格 | □保健師（登録番号　　　　　　　　　）□助産師（登録番号　　　　　　　　　）  □看護師（登録番号　　　　　　　　　）□専門看護師（　　　　　　　　　分野）  □認定看護師（　　　　　　　　　分野）□その他　　（　　　　　　　　　　　） | | |
| 勤務先・年数 | 例）　○○病院　5年勤務 | | |
| 看護歴・役職歴 | □看護歴（　　　　年）　□教員歴（　　　　年）  □主任歴　　□師長歴　　□看護次長歴　　□副看護部長歴　　□看護部長歴  □その他（名称　　　　　　　） | | |
| 離職年月 |  | | |
| 就業状況 | １．就業していない　　２．求職中　　３．就業中（施設名　　　　　　　　　　　）  ４．定年退職予定（西暦　　年　月）　５．退職予定　　　　　６．その他（　　　　　） | | |
| 活動の意向 | １．すぐに活動できる　　２．いずれ活動できる（西暦　　　年　月）　３．未定 | | |
| 可能なサポート  領域  （複数選択可） | **医療機関等支援**  □看護管理　　　 　□教育関係　　　 □医療安全　　　 □感染予防対策  □災害対策　 □助産業務　　 □ケア実践 □緊急時の対応　　 □看取りのケア　 □小児看護 □母性看護 □精神看護　　　　 □認知症の看護　　 □難病患者の看護 　□地域在宅看護　 □老年看護  □重症心身障害児（者）看護　　　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　）  **研修講師等**  □感染予防　　　□医療安全　　　　□緊急時対応　　　□看取りケア  □認知症ケア　　□母性看護　　　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　）  **健診・イベント等救護**  □健診業務　　　□日中の救護　　　□外泊を伴う救護　 □その他（　　　　　） | | |
| 可能な活動地域 | □県下全域　　　□近隣市町村（　　　　市　　　　　　　　　　　　　　　 　） | | |
| 可能な支援先 | □医療機関　　　□介護施設等　　　　　　□訪問看護ステーション  □支援学校等　　□看護師養成所等　　　　□市町村等　　　　　□健診施設  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |

※ご記入いただいた個人情報は、公益社団法人徳島県看護協会個人情報保護管理規程に基づき管理いたします。