

第1号様式（第5条関係）

知多市医療救護所看護師等登録申請書

年 月 日

知多市長 様

下記のとおり知多市医療救護所看護師等の登録を申請します。

記

ふりがな		生年月日	年 月 日
氏 名			
住 所	〒		
連 絡 先	電話番号1 (自宅・携帯電話・その他 ())		
	電話番号2 (自宅・携帯電話・その他 ())		
	メールアドレス		
資 格 (当てはまるもの全てに○をつけてください。)	保健師・助産師・看護師・准看護師 歯科衛生士・医療事務（実務経験2年以上）		
実施可能な技術 (当てはまるもの全てに○をつけてください。) ※医療事務は回答不要	<ul style="list-style-type: none"> ・創部の止血や消毒などの応急処置 ・捻挫や骨折をした場合のシーネ固定や包帯保護などの簡単な処置 ・点滴や注射などの実施（成人／小児） ・バイタルサインのチェック（成人／小児／新生児） ・分娩、分娩介助を含む妊産婦の管理 ・トリアージ ・その他 () 		
現 在 の 勤 務 状 況 (○をつけてください。)	勤務していない 勤務している → 勤務先及び勤務地 ()		
登録を希望する医療救護所 (○をつけてください。)	八幡中学校・東部中学校・中部中学校・知多中学校・旭南中学校		
備 考 (被災地支援経験の有無等)			

添付書類：所有している資格の免許証等のコピーを添付してください。

証明写真（データ提出）※提出が難しい場合は、申請時に撮影します。

（確認事項）上記内容について、災害時に必要な範囲で他の関係機関に提供し、又は連絡調整に利用されることに同意します。また、必要な範囲で、住民基本台帳に関する資料を閲覧されることに同意します。

年 月 日 自署 氏名