

長久手市災害時医療職等ボランティア登録確認票

様式1

年 月 日

フリガナ		
氏名		
生年月日		
住所		
電話番号	自宅	
	携帯電話	
	メールアドレス	@
資格	保健師 ・ 助産師 ・ 看護師 ・ 准看護師 ・ その他()	
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		
実施可能医療技術	<ul style="list-style-type: none"> ・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() 	

※この登録票と同時に、保健師、助産師、看護師等、医療職の免許証の写しを提出してください。