【様式－２】　透析支援　看護師　用

**COVID-19透析スタッフ支援事業本部**様　（事業担当者　宛て　e-mail: go-kimura@ssn-hp.jp）

**透　析　支　援　看　護　師　登　録　票**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 令和　　　　年　　　　月　　　　日  下記のとおり、「透析支援看護師」として、登録致します。 | | | | | | |
| 登録者情報  勤務先等の情報  （フリーランスの方は登録可能な情報） | （フリガナ） |  | | | | 性別： |
| 氏　　　名： | | | | | 業務歴：　　　年 |
| 生年月日　（西暦）　　　　　　　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日 | | | | | |
| 連絡がつきやすい電話番号 | | | | | |
| 所属施設名： | 職名： | | | | |
|  |  | | | 職位 |  |
| 〒 |  | | | | |
| 住　所： |  | | | | |
| TEL： |  | FAX： |  | | |
| E - mail： |  | | | | |
| 業務経験について  （〇で選択ください） | ・透析室業務　　（従事歴：　　　　　　　　年、穿刺歴：　　　　　　　年）  ・穿刺経験　　（　AVF　　　　　　　年、　　AVG　　　　　　　　　年）  ・止血に関して（　AVF　　　　　　　　）  ・PPE使用や**COVID-19対応経験　　　あり　・　　なし** | | | | | |
| 専用メーリングリストへの登録 | 可　　・　　否 | | | | | |
| 活動報告の公開 | 可　　・　　否 | | | | | |
| およその対応可能日数  （〇で選択ください） | ・3～5日程度  ・1週間程度  ・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 施設長の承諾・推薦 | ・あり　　　　　　　　・なし　　　　　　　・後日、確認予定 | | | | | |
| その他  （連絡事項がありましたら  ご記載ください） |  | | | | | |

|  |
| --- |
| * 事業本部記載欄： 登録日　　　　　　　　年　　　　月　　　　日 |