

【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	(フリガナ) 性別: 氏 名: 業務歴: 年 生年月日 (西暦) 年 月 日 連絡が付きやすい電話番号
勤務先等の情報 (フリーランスの方は登録可能な情報)	所属施設名: 職位 〒 住 所: T E L : F A X : E - mail:
業務経験について (○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 (○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