様式１

熊本県潜在保健師等人材バンク

登録申請書

|  |  |
| --- | --- |
| 提出年月日 | 年　　月　　日　 |

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 　　　　　　　年　　　月　　　日 | 歳　 |
| 自宅住所 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| メールアドレス |  |
| 免許及び実務経験年数※１ | 保健師　番号：　　　　取得年月日： | 経験年数： |
| 看護師　番号：　　　　取得年月日： | 経験年数： |
| 保健衛生業務経験 |  |
| 勤務可能エリア※２ | 熊本市　　有明　　山鹿　　菊池　　阿蘇　　御船　　宇城　　　八代　　水俣　　人吉　　天草 |
| IHEATへの登録※３ | 可　・　不可 |
| 勤務先※４ | 勤務先名称：勤務先住所： |
| 備考※５ |  |

　※１：取得している免許の番号及び取得年月日を記載する。

※２：勤務可能なエリア全てに〇を記載する。

※３：IHEAT（Infectious disease Health Emergency Assistance Team）は、感染症の流行時に保健所等で積極的疫学調査を中心とした業務を支援する、支援協力者の名簿に登録された方々のこと。

⇒新型コロナウイルス感染症の流行時の保健所派遣には、IHEAT登録が必須。

※４：現在、所属する勤務先がある場合は、その名称及び住所を記載する。

※５：支援の際の条件や希望（時期や曜日、時間帯等）等がある場合は、記載する。

【提出方法】熊本県健康福祉部健康局医療政策課看護班へメール又は郵送

　　　・メールアドレス　iryoseisaku@pref.kumamoto.lg.jp

　　　　　　・住所　〒862-8570熊本市中央区水前寺６丁目１８－１