

白井市災害時医療職等ボランティア登録申込書

(宛先) 白井市長

ふりがな			
氏名			
生年月日	年 月 日生	性別	男・女
住所	〒		
自宅電話番号			
携帯電話番号			
メールアドレス			
お持ちの医療職等の資格	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 柔道整復師 <input type="checkbox"/> 救急救命士 ※免許証の写しを添付願います。		
現在の勤務先	<input type="checkbox"/> 勤務している (勤務先)		
	<input type="checkbox"/> 勤務していない		
備考 (※白井市記入欄)			

本申込書により登録する個人情報を、災害時の連絡や救護活動に必要な範囲内で他の関係機関に提供されることに同意し、白井市災害時医療職等ボランティアの登録を申し込みます。

年 月 日

氏名
