

記入例

フリガナ	イタバシ タロウ		生年月日	S (H) 2年2月2日
氏名	板橋 太郎			
住所	〒173-0004 板橋区板橋2-66-1-301			
電話	自宅	03 (●●●●) ●●●●	携帯電話	090-●●●●-●●●●
メールアドレス	●●●●●●●●@●●●●●●●●			
勤務先	名称	板橋区役所医院		
	所在地	東京都板橋区板橋2-66-1		
	電話番号	03 (●●●●) ●●●●		
登録職種	<input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 助産師 <input checked="" type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師 <input type="checkbox"/> 柔道整復師		免許番号	
			●●●●	
該当の職種に✓をご記入ください。 登録を希望する緊急医療救護所等 第一希望 ( 帝京大学医学部附属病院 ) 第二希望 ( 愛誠病院 ) 第三希望 ( 東京都健康長寿医療センター ) 第四希望 ( 東京都立豊島病院 )				
ホームページを参考にして、ご記入ください。				

板橋区長 殿

上記の情報が緊急医療救護所及び医療救護所において共有されることに同意し、板橋区災害時医療救護活動従事スタッフ登録を申請します。

令和 5年 5月 1日

申請者ご本人が自著(手書き)してください。

氏名 (自著) 板橋 太郎

保健所記入欄	登録の可否	可	否
備考(否の理由)	こちらの欄は 記入しないでください		
免許			
登録番号			
登録緊急医療救護所			
決裁欄			