

板橋区医療救護活動従事スタッフ登録申請書

フリガナ			生年月日	S・H	年	月	日
氏名							
住所	〒						
電話	自宅	( )	携帯電話	—	—		
メールアドレス							
勤務先	名称						
	所在地						
	電話番号	( )					
登録職種	<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"/> 柔道整復師			免許番号			
登録を希望する 緊急医療救護所等	第一希望 ( ) 第二希望 ( ) 第三希望 ( ) 第四希望 ( )						

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。

年 月 日

氏名 (自 著)

保健所記入欄	登録の可否	可 否				
備考（否の理由等）						
免許		本人確認				
登録番号						收受印
登録緊急医療救護所等						
決裁欄						