

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	()						
保有免許			免許番号					
	☐ 保健師							
	☐ 助産師							
	☐ 看護師							
	☐ 准看護師							
	☐ 柔道整復師							
登録を希望する 緊急医療救護所等 カッコ内に希望順位をご記入ください。 第一希望は必須。 最大第4希望まで。		() 帝京大学病院 () 日大板橋病院 () 豊島病院 () 健康長寿医療センター () 愛誠病院 () 小豆沢病院		() 医師会病院 () 板橋中央総合病院 () 金子病院 () 小林病院 () 高島平中央総合病院 () 常盤台外科病院 () どこでも良い				
板橋区医療救護活動従事スタッフとして、避難所の巡回業務にもご協力いただくことは可能ですか。					はい ・ いいえ			
板橋区医療救護活動従事スタッフ への登録に際して、配慮を希望すること(自由記載)								

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						収受印
登録緊急医療救護所等						
決裁欄						