

|                                                                        |                                         |                                                                                                                                                                          |            |                   |
|------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-------------------|
| 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                                                                    | 〒173-0014<br>板橋区大山東町32-15               |                                                                                                                                                                          |            |                   |
| 電 話                                                                    | 自宅                                      | 03(●●●●)●●●●                                                                                                                                                             | 携帯電話       | 090-●●●●-●●●●     |
| 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       |                   |
|                                                                        | <input checked="" 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          |                                                                                                                                                                          |            |                   |
| 登録を希望する<br>緊急医療救護所等<br><br>カッコ内に希望順位をご記入ください。<br>第一希望は必須。<br>最大第4希望まで。 |                                         | ( 1 ) 帝京大学病院 ( ) 医師会病院<br>( 2 ) 日大板橋病院 ( ) 板橋中央総合病院<br>( 3 ) 豊島病院 ( ) 金子病院<br>( 4 ) 健康長寿医療センター ( ) 小林病院<br>( ) 愛誠病院 ( ) 高島平中央総合病院<br>( ) 小豆沢病院 ( ) 常盤台外科病院<br>( ) 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<br>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。

令和 8 年 8 月 1 日

申請者ご本人が自筆(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)  | こちらの欄は<br>記入しないでください。 |     |
| 登録     |                       |     |
| 登録緊急   |                       |     |
| 決      |                       |     |
|        |                       |     |