

板橋区医療救護活動従事スタッフ登録解除申請書

フリガナ			生年月日	S・H	年	月	日
氏 名							
登録番号			登録 年月日		年	月	日
住 所	〒						
電 話	自宅	()	携帯電話	— —			
メー ル アドレス							
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						
登録している 緊急医療救護所等							

板橋区長 殿

板橋区災害時医療救護活動従事スタッフの登録解除を申請します。

年 月 日

氏 名 (自 著)

収受印