千代田区災害時医療救護活動従事者登録申込書

第1号様式

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | ふりがな | 生年月日 |  |
|  |
| 住所 |  |
| 電話 | 自宅 |  |
| 緊急連絡先（携帯電話） |  |
| メールアドレス |  |
| 勤務先（通学先） | 名称 |  |
| 部署名 |  |
| 所在地 |  |
| 電話番号 |  |
| 登録職種※該当に〇 | 医師　歯科医師　薬剤師　看護師　歯科衛生士　柔道整復師　事務その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 登録希望緊急医療救護所 |  |
| 登録希望避難所医療救護所 |  |

千代田区長　殿

千代田区災害時医療救護活動従事者としての登録を申込みます。

令和　　年　　月　　日

氏名

千代田区記入欄

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 確認内容 | ﾁｪｯｸ | 確認書類 | 備考 |
| 医療資格（事務以外） |  | （　　　　　）免許その他（　　　　　　　　　　　） | 免許番号 |
| 登録可否 | 可　・　否 | 否の場合、理由 |
| 登録番号 |  | 登録緊急医療救護所 |  |
|  | 登録避難所医療救護所 |  |

決裁

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 保健所長 | 地域保健課長 | 健康企画係長 | 担　当 |
|  |  |  |  |