

中央区災害時医療救護活動従事スタッフ登録申請書

ふりがな			生年月日	年	月	日
氏 名						
住 所	〒					
自宅電話			携帯電話			
メールアドレス						
勤務先 （※現在就労 されている方 のみご記入く ださい。）	名 称					
	所在地	〒				
	電 話					
登録職種	医師 ・ 歯科医師 ・ 薬剤師 ・ 保健師 助産師 ・ 看護師 ・ 准看護師			免許番号		
活動を希望する医療救護所						
下記内容を確認し、□にチェックを入れてください。 ☐ 私は、区内医療関係団体（※）に所属していません。 （※）区内医療関係団体とは、区内の医師会、歯科医師会及び薬剤師会を指します。 登録後、区内医療関係団体に所属したときは、登録解除を申し出てください。						

（宛先）中央区長

上記の情報が医療救護所において共有されることに同意し、中央区災害時医療救護活動従事スタッフの登録を申請します。

年 月 日

氏 名 _____
（氏名は本人が自署してください。）

所管課記入欄		収 受 印
登録の可否	可 ・ 否	
備考（否の理由等）		
登 録 番 号		
登録医療救護所		