

大田区災害時医療職ボランティア登録辞退届

（宛先）大田区長

年 月 日

職 種		免許番号	
（フリガナ） 氏 名			
性 別	男 ・ 女	生年月日 昭和・平成	年 月 日（ 歳）
住 所	（〒 - ）		
電 話 番 号	携帯電話：		
メールアドレス			
勤 務 先 （就労中の方のみ） 学 校	名称	電話番号 （ ）	
	（〒 - ）		
	常勤 ・ 非常勤 ・ その他（ ）		
登録している救護所等の番号		（ ）	
① 大田病院 ② 東京労災病院 ③ 東邦大学医療センター大森病院 ④ 松井病院 ⑤ 池上総合病院 ⑥ 大森赤十字病院 ⑦ 田園調布中央病院 ⑧ 荏原病院 ⑨ 東急病院 ⑩ 目蒲病院 ⑪ 本多病院 ⑫ 東京蒲田病院 ⑬ 牧田総合病院 ⑭ JCHO東京蒲田医療センター ⑮ 渡辺病院 ⑯ 入新井第一小学校 ⑰ 馬込小学校 ⑱ 東調布中学校 ⑲ 六郷中学校			

大田区災害時医療職ボランティア登録の辞退を申し込みます。

氏 名（自 署）

收受印