

別記

第1号様式（第4条関係）

大田区災害時医療職ボランティア登録届

（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 （学 校） 就労者：現在の勤務先 離職者：直近の勤務先	名称	電話番号 （ ）	
	（〒 - ）		
	常勤 ・ 非常勤 ・ その他（ ）		
活動を希望する救護所等の番号を右記にご記入願います。 ※助産師、歯科衛生士の方は、下記救護所等以外の場所での活動と なるため記入不要です。			
第一希望（ ）		第二希望（ ）	
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			

上記の情報が、区の保健医療活動に必要な範囲で関係機関へ情報提供されることに同意し、大田区災害時医療職ボランティア登録制度に申し込みます。

氏 名（自 署）

所管課確認欄			収受印
署名	免許	本人確認	