

日野市災害時医療職等ボランティア登録申込書

（あて先）日野市長

医療職等資格	いずれかを○で囲んでください。 医師 保健師 助産師 看護師 准看護師 薬剤師 歯科衛生士 その他() (免許証登録番号)		
ふりがな		性 別	年 齢
氏 名		男 ・ 女	
住 所		生 年 月 日	
		年 月 日	
自宅電話番号	() —		
携帯電話番号	() —		
現在の職業	勤務していない 勤務している		
	名称		
	住所 〒		
	電話 () —	管理者の承諾(有・無)	
親権者等 (登録者が 未成年の場合)	ふりがな	同 意 印	
	氏 名		
	住所		
	自宅電話番号 () —		

本申込書により登録する個人情報を、災害時の連絡や救護活動に必要な範囲内で他の関係機関に提供し、又は連絡調整に利用することに同意いたします。

登録者本人署名
