

災害時看護職ボランティア登録申込書

(宛先) 厚木市長

看護職の資格	いずれかを○で囲んでください。 保健師 助産師 看護師 准看護師 (免許書登録番号)			
ボランティア登録者	ふりがな 氏 名			
	住 所			
	自宅電話番号			
	携帯電話番号			
	個人情報の利用又は提供に係る同意 *いずれかを○で囲む。	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 1 同意します 2 同意しません		
親権者等 (登録者が未成年の場合)	ふりがな 氏 名		同意印	
	住 所			
	自宅電話番号			
病院・診療所等に勤務されている方	勤務先	所在地		
		名 称		
		電話番号		
	勤務先管理者の承認 *本人署名	役職名	氏名	承認印
ボランティア参加可能日数 (□をチェック)	<input type="checkbox"/> 1日のみ <input type="checkbox"/> 2日間 <input type="checkbox"/> 3日間 <input type="checkbox"/> 4日間 <input type="checkbox"/> 3～7日間の間で不明			