

年 月 日

# Yナース登録申込票

(横浜市災害支援ナース)

横浜市が災害時に編成する医療救護隊の看護職として、登録を希望します。

ふりがな 氏名	
自宅住所	〒
連絡先 電話番号	携帯電話 ( ) 固定電話 ( )
保有免許の種類 (該当項目に ☑チェック)	<input type="checkbox"/> 保健師 免許番号( ) 登録年月日( 年 月 日)
	<input type="checkbox"/> 助産師 免許番号( ) 登録年月日( 年 月 日)
	<input type="checkbox"/> 看護師 免許番号( ) 登録年月日( 年 月 日)
	<input type="checkbox"/> 准看護師 都道府県名( ) 免許番号( ) 登録年月日( 年 月 日)
登録希望区 (災害時に活動を 希望する区)	区
特記事項	

上記に必要事項を記載し、登録を希望する区福祉保健センター福祉保健課へ郵送またはご持参ください。(受付・問合せ先は、裏面参照)

各区担当者 記入欄	受付日 年 月 日 受付担当者
	カードNo. カード交付方法 <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 窓口

※本用紙に記載された個人情報、Yナース(横浜市災害支援ナース)の活動に関する用途以外には使用しません。