

年 月 日

横浜市災害支援ナース登録申込票

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。

氏名 し めい	
自宅住所	〒
連絡先	携帯電話 自宅電話 メールアドレス
医療機関名	
保有免許の種類	<input type="checkbox"/> 保健師 免許番号 () 登録年月日 ()
	<input type="checkbox"/> 助産師 免許番号 () 登録年月日 ()
	<input type="checkbox"/> 看護師 免許番号 () 登録年月日 ()
	<input type="checkbox"/> 准看護師 都道府県名 () 免許番号 () 登録年月日 ()
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、登録を希望する区医師会へ提出してください。

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は、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。