

## 災害時医療救護協力員登録票

|          |               |      |         |
|----------|---------------|------|---------|
| 氏名       | (ふりがな)        |      |         |
| 住所       | 〒             |      |         |
| 連絡先      | 自宅            |      |         |
|          | 緊急            |      |         |
| 生年月日     |               |      |         |
| 性別       | 男 ・ 女         |      |         |
| 資格（○で囲む） | 看護師           | 准看護師 | 保健師 助産師 |
| 連絡事項     | 平日は〇〇クリニック勤務等 |      |         |