

別記様式第1号（第4条関係）

須崎市災害時医療救護活動従事者登録票兼個人情報提供同意書

新規
変更
解除

資格	看護師 准看護師 保健師 助産師 理学療法士 作業療法士 言語聴覚士	
	登録者	ふりがな
氏名		
住所		
生年月日		昭和・平成 年 月 日
連絡方法	自宅電話番号	
	携帯電話番号	
	メールアドレス	
現在の勤務状況	有・無	勤務先
		住所
		電話番号
備考欄		

※ 提出の際は、資格免許証を添付してください。

年 月 日

須崎市長

私は、須崎市災害時医療救護活動従事者登録制度に申し込みます。

また、登録される情報が、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されることに同意します。

登録者本人署名（自筆）