様式１（第４条関係）

令和　　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。

|  |  |
| --- | --- |
| し めい氏 *EA AE*名 *E* |  |
| 自宅住所 | 〒 |
| 連絡先 | 携帯電話　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　）メールアドレス（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 保有免許の種類 | □保健師 | 免許番号（ | ）登録年月日（　 | 　） |
| □助産師 | 免許番号（ | ）登録年月日（　 | 　　　） |
| □看護師 | 免許番号（ | ）登録年月日（　 | 　　　） |
| □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、登録を希望する区福祉保健センター福祉保健課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（□郵送 □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。