

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、登録を申し込みます。

氏名	
自宅住所	〒
連絡先	携帯電話 自宅電話 メールアドレス
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	

横浜市医師会及び登録希望区の医師会への連絡先の情報共有について

災害時、Yナースは医療救護隊の一員として活動します。医療救護隊は、横浜市と横浜市医師会間の協定に基づき、各区の医師会を中心に結成します。市医師会または区医師会が主催する訓練や研修等へのご案内や、発災時の迅速な連絡体制の構築のため、上記登録情報のうち、氏名、住所、連絡先を横浜市医師会及び登録希望区の医師会へ提供します。

連絡先の共有に同意します 連絡先の共有に同意しません

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 (<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。