様式第1号（第3条関係）

湖西市災害医療救護活動従事看護師等登録票

年　　　月　　　日

（宛先）湖西市長

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな）  氏名 |  | | 生年月日 | 年 月 日 |
|  | |
| 住所 | 〒 | | | |
| 固定電話 |  | | 携帯電話 |  |
| メールアドレス |  | | | |
| 資格 | □看護師　　　□准看護師　　　□保健師　　　□助産師 | | | |
| 免許証番号 | 第　　　　　　　　号 | | | |
| 就労状況  ※現在就労している方のみご記入ください。 | 名称 |  | | |
| 所在地 | 〒 | | |
| 電話番号 |  | | |

（添付書類）

　・資格を証明する免許証の写し

* 本票は、災害時に開設する救護所等において、医療救護活動に従事する看護師等を登録するためのものです。
* 記載された個人情報は、災害時の連絡及び医療救護活動において使用しますが、必要に応じて他の災害時の協力機関に提供することがあります。