

様式第1号（第3条関係）

湖西市災害医療救護活動従事薬剤師登録申請書

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	☐ 薬剤師 ☐ その他（ ）		
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薬剤師を登録するためのものです。
- ※ 記載された個人情報、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等に提供することがあります。