

岡山県助産師会災害時登録・災害支援助産師申込書 2019.03

年 月 日

岡山県助産師会会長 様

ふりがな				
氏名				
所属部会		助産所部会 ・ 保健指導部会 ・ 勤務部会		
自宅	生年月日	年 月 日生	年齢	歳
	住所	(〒)		
	TEL	()	-	
	Fax	()	-	
	携帯			
	E-Mail	@		
所属施設	施設名			
	住所	(〒)		
	TEL	()	-	
	Fax	()	-	
	E-Mail	@		
緊急連絡先 (本人以外)	電話 ()	-	氏名 続柄()	
活動可能地域	1. 居住地区	2. 近隣地区	3. どこでもよい	
活動可能期間	1. 3~5日程度	2. 1週間程度	3. その他()	

下記のどちらかに○をしてください。

災害支援助産師に登録 する しない
 (新規 ・ 更新)
 災害ボランティア保険に加入 する しない

*登録する、しないに関わらず必ず提出してください。