

(あて先)掛川市長

しめい 氏名		生年月日	年　月　日
住所	〒 電　話（　　　　　－　　　　　） メー ル （　　　　　　　　　）		
勤務先 ※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（　　　　　－　　　　　） 管理者の承諾（ 済 ・ 無 ）	
資格の種類	☐ 保健師 ☐ 助産師 ☐ 看護師 ☐ 准看護師 ☐ その他（　　　　　　　　　）		
免許番号	第　　　　　　　　　号 ※免許番号のわかる写真のコピーを提出してください。		
第１希望初動時救護所			
第２希望初動時救護所			
備考			

[災害救助法適用時の実費弁償等の振込み先]

フリガナ	
口座名義	
振込先金融機関	銀行 本店 金庫 支店・営業部 農協 出張所
預金種別	普通 ・ 当座 ・ 貯蓄 ・ 別段 ・ その他
口座番号	