

## 掛川市災害時看護師等ボランティア登録票

氏 名	(ふりがな)
お持ちの資格	看護師 ・ 准看護師 ・ 保健師 ・ 助産師
現在の職業	勤務していない 勤務している → 勤務先 ( )
住所	
連絡方法	自宅電話番号
	携帯電話番号
	携帯電話メールアドレス
登録を希望する 初動時救護所	1
	2
希望する条件や お気づきの点、 御意見等ありま したらお書きく ださい。	

※記入いただいた情報は、災害時救護所運営に関わることにのみ利用し、他の目的で利用することはありません。