

大田区災害時医療職ボランティア登録変更届

（宛先）大田区長

年 月 日

変更する欄に○記を付けてください。

| | | | |
|---|-------------------|-------------------------|--|
| 職 種 | | 免許番号 | |
| （フリガナ） 氏 名 | | | |
| 性 別 | 男 ・ 女 | 生年月日 昭和・平成 年 月 日（ 歳） | |
| 住 所 | （〒 - ） | | |
| 電 話 番 号 | 携帯電話： | | |
| メールアドレス | | | |
| 勤 務 先 （就労中の方のみ） 学 校 | 名称 | 電話番号 （ ） | |
| | （〒 - ） | | |
| | 常勤 ・ 非常勤 ・ その他（ ） | | |
| 登録している救護所等の番号 | （ ） | | |
| ① 大田病院 ② 東京労災病院 ③ 東邦大学医療センター大森病院 ④ 大田池上病院 ⑤ 池上総合病院 ⑥ 大森赤十字病院 ⑦ 田園調布中央病院 ⑧ 荏原病院 ⑨ 東急病院 ⑩ 本多病院 ⑪ 東京蒲田病院 ⑫ 牧田総合病院 ⑬ JCHO東京蒲田医療センター ⑭ 渡辺病院 ⑮ 入新井第一小学校 ⑯ 馬込小学校 ⑰ 東調布第一小学校 ⑱ 六郷中学校 | | | |

大田区災害時医療職ボランティア登録の変更について報告します。

氏 名（自 署） _____

| |
|-----|
| 収受印 |
| |