

様式第1（第5条関係）

災害時看護職等ボランティア事前登録申込書兼個人情報提供同意書

年 月 日

(宛先) 北名古屋市長

私は、北名古屋市災害時看護職等ボランティア事前登録に申し込みます。
また、このたび登録される情報が、災害時の連絡や救援活動に必要な範囲で他の関係機関に提供され、又は連絡調整に利用されることに同意します。

申込者署名（自筆）

資 格	保健師 ・ 助産師 ・ 看護師 ・ 准看護師	
	資格免許証登録番号	
ボランティア登録者	ふりがな 氏名	
	住所	
	生年月日	
	自宅電話番号	
	携帯電話番号	
病院・診療所等に 勤務されている方	勤務先	所在地
		名称
		電話番号

*提出の際は、資格免許証を提示してください。