

別記様式（第5条関係）

知多市災害時健康活動サポーター登録申請書

年 月 日

知多市長 様

下記のとおり、知多市災害時健康活動サポーターの登録を申請します。

記

ふりがな				生年月日	年 月 日
氏 名					
住 所	〒				
連 絡 先	電話番号 (自宅・携帯電話・その他 ( ))				
	電話番号 (自宅・携帯電話・その他 ( ))				
	メールアドレス				
資 格	職種	資格免許証登録番号	職種	資格免許証登録番号	
	保健師		管理栄養士		
	助産師		栄養士		
	看護師		歯科衛生士		
	准看護師		保育士		
	救命救急士				
現在の勤務状況	勤務 (していない・している (勤務場所 ))				
避難予定場所					
備 考					

添付書類：所有している資格の免許証のコピーを添付してください。

(確認事項)

上記内容について、災害時に必要な範囲で他の関係機関に提供し、または連絡調整に利用されることに同意します。また、必要な範囲で、住民基本台帳に関する資料を閲覧されることに同意します。

年 月 日 自署 氏名