

菊川市災害時看護師等ボランティア登録票

令和 年 月 日

菊川市長 長谷川 寛彦 宛

ふりがな 氏 名		
資 格	<input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師 <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 保健師	
現在の職業	<input type="checkbox"/> 勤務していない <input type="checkbox"/> 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 救護所		
希望する条件等		

災害救助法適用時等の実費弁償等振込先

フリガナ			
口座名義			
振込先金融機関	銀行・金庫・農協		支店
預金種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 貯蓄 <input type="checkbox"/> 別段 <input type="checkbox"/> その他		
口座番号			

※個人番号通知書を添えてください。