1号様式

船橋市保健所　健康危機対策課　あて　　（FAX 047-409-6301）

船橋市災害時看護職ボランティア登録申込書

ふりがな	
氏名	
生年月日	年　　月　　日　生まれ
お持ちの資格	保健師　　助産師　　看護師　　准看護師 ※免許証の写しを添付願います。
現在の勤務先	勤務している　　（勤務先　　） 勤務していない
住所	〒
連絡先	（自宅　・　携帯電話　・　その他） 電話番号 メールアドレス
希望する救護所	
備考	

船橋市長　あて

上記の情報が病院前救護所の現場等で共有されることに同意し、船橋市災害時看護職ボランティアへの登録を申し込みます。

年　　月　　日

氏名

1号様式

船橋市保健所　健康危機対策課　あて　記載例　（FAX 047-409-6301）

船橋市災害時看護職ボランティア登録申込書

ふりがな	ふなばし　たろう
氏名	船橋　太郎
生年月日	1999　年　1　月　1　日　生まれ
お持ちの資格	保健師　助産師　(看護師)　(准看護師) ※免許証の写しを添付願います。
現在の勤務先	(勤務している)　（勤務先　〇〇〇病院　） 勤務していない
住所	〒123－4567 船橋市〇〇〇　1－23－45
連絡先	(自宅)・　携帯電話　・　その他） 電話番号　047－123－4567 メールアドレス　funabashi taro@gmail.com
希望する救護所	〇〇〇病院 ※地域災害医療体制変更周知リーフレットに記載された9病院のいずれかを記載
備考	病棟看護師　〇年勤務 外科等クリニック　〇年勤務　等 （※簡単な職務経験を記載）

船橋市長　あて

上記の情報が病院前救護所の現場等で共有されることに同意し、船橋市災害時看護職ボランティアへの登録を申し込みます。

2024　年　〇　月　〇〇　日

氏名　　船橋　太郎

2号様式

船橋市保健所　健康危機対策課　あて　　（FAX 047-409-6301）

船橋市災害時看護職ボランティア登録変更届

船橋市長　あて

次のとおり、登録を受けた内容を変更しましたので、届け出ます。

ふりがな	
氏名	
生年月日	年　　月　　日　生まれ
変更事項	※お手数ですが、変更前及び変更後の記載をお願いいたします。
変更年月日	年　　月　　日

※変更の内容がわかる書類を添付してください。

年　　月　　日

氏名

3号様式

船橋市保健所　健康危機対策課　あて　　（FAX 047-409-6301）

船橋市災害時看護職ボランティア登録辞退届

船橋市長あて

わたくしは、船橋市災害時看護職ボランティア要綱第11条の規定に基づき、登録を辞退します。

ふりがな	
氏名	
生年月日	年　　月　　日　生まれ
住所	〒
連絡先	（自宅　・　携帯電話　・　その他） 電話番号 メールアドレス
辞退理由	
備考	

4号様式

船橋市災害時看護職ボランティア登録証

つぎの者は、船橋市災害時看護職ボランティアに登録のあることを証明します。

氏名

登録番号

登録年月日　　年　　月　　日

参集場所

船橋市長