

災害時支援者登録用紙（個人用）

記入日 平成 年 月 日

フリガナ 名 前	
住 所	〒
地区名	
電話番号	自宅☎ FAX番号 携帯TEL
メールアドレス	パソコン 携帯
自宅以外の緊急連絡先	名前 電話番号 本人との関係
日本助産師会の団体保 険の賠償責任保険及び 傷害保険加入の有無 該当する所を○で囲む	<ul style="list-style-type: none"> ・ 保健指導員賠償責任保険 ・ 助産所責任保険、出張助産師責任保険 ・ 勤務助産師賠償責任保険 ・ 傷害保険(交通事故 天災時の事故等) ・ いずれも未加入
その他	

※上記の個人情報は、(社)千葉県助産師会の災害支援活動目的で使用いたします。

支援活動市町村から、支援者名簿の要請があれば、上記情報の一部を市町村に対して公開をする事をご了承下さい。

※年度初めに、各地区で支援者の確認をし、申し出がない限りは、自動更新とします。災害時支援者として活動できなくなったときや情報の変更があったときは、申し出てください。

※この用紙は、千葉県助産師会ホームページからダウンロードできます。