

葛飾区緊急医療救護所医療従事スタッフ登録申請書

氏名	ふりがな		生年月日	T S H 年 月 日		
住所	〒					
電話	自宅	()				
	携帯電話	-	-			
メール						
勤務先	名称					
	所在地					
	電話番号	()				
登録職種	医師	保健師	助産師	看護師	准看護師	免許番号
登録を希望する緊急医療救護所	希望する緊急医療救護所に丸をしてください。 ★東部地域病院/●亀有病院/●第一病院/●嬉泉病院/ ★東京慈恵会医科大学葛飾医療センター/●金町中央病院/ ●かつしか江戸川病院/★平成立石病院/●堀切中央病院/ ●イムス葛飾ハートセンター/●イムス東京葛飾総合病院/●坂本病院 ★は災害拠点病院 ●は災害拠点連携病院					

葛飾区長 殿

葛飾区緊急医療救護所医療従事スタッフ制度に登録を希望しますので、申請いたします。

令和 年 月 日

氏名

保健所記入欄	登録の可否	可	否	
備考(否の理由等)				
登録番号				収 受 印
登録緊急医療救護所				
決裁欄	保健所長	地域保健課長	庶務係長	係員