（第１号様式）

**茅ヶ崎市災害時保健福祉専門職ボランティア登録申込書**

 　 　　　　　年　　　月 　 日

（あて先）茅ヶ崎市長

 　　　　 　氏　名

　茅ヶ崎市災害時保健福祉専門職ボランティアとして活動したいので、次のとおり登録を申し込みます。

|  |  |
| --- | --- |
| 職種 | 保健衛生職　・　介護職　・　福祉職 |
| 資格 |  |
| （フリガナ）氏名 |  |
|  |
| 性別 | 男 ・　　　　女 |
| 生年月日 | 昭和・平成　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日 |
| 住所 | （〒　　　　－　　　　 ） |
| 勤務先住所（市外にお住まいの方のみ） | （〒　　　　－　　　　 ） |
| 電話番号 | 　　　　　　　　　　　　　　携帯電話： |
| メールアドレス |  |
| 活動可能な避難所（近くの公立小中学校） | １ |
| ２ |
| 勤務形態等 | 　常勤　・　非常勤　・　無職　・　学生　・その他（　　　　　） |
| 可能な活動内容及び条件等 |  |
| 職種番号及び登録番号 | 　　　　　　　　　　　　　　― |
| 備考 |  |