

公益社団法人鳥取県看護協会

登録番号

「まちの保健室」ボランティア看護職登録申請書

公益社団法人鳥取県看護協会会長 様

私は鳥取県看護協会「まちの保健室」ボランティア看護職への登録を
本人証明写真を添えて申請いたします。

令和 年 月 日

自宅住所 〒

氏 名

*年代 歳代 (ボランティア保険加入のため
差し支えなければご記入ください)

資 格 (○をして ください)	保健師 助産師 看護師 准看護師
勤務先	
勤務先住所	〒
連絡先	優先順位①☎: (携帯・自宅・勤務先) メール: (携帯・自宅・勤務先) 優先順位②☎: (携帯・自宅・勤務先) メール: (携帯・自宅・勤務先)
連絡事項が あればご記 入ください	

※ボランティアの依頼は、登録者の皆様へ、参加可否の
一斉メール送信にて行いますので、メールアドレスは、
可能な限りご記入ください。

万一メール不可の場合は、留守電機能のある電話番号
をご記入ください。

*入力していただいた個人情報、公益社団法人鳥取県
看護協会にて厳重に管理し、ボランティアの登録以外
の目的では使用いたしません。

受付印