

高知県医療救護チーム登録書（案）

記入日： 年 月 日

派遣団体(都道府県、JMAT等名称、連絡先を記載)

名称： 電話番号：

派遣機関名(病院等名称、連絡先を記載)

名称： 電話番号：

チーム構成

1	氏名	ふりがな	性別	職種 医師・看護師・薬剤師 その他[]	備考(過去の活動経歴や持っている資格など)
	生年月日	年 月 日(才)		免許番号: 資格取得日: 年 月 日	
2	氏名	ふりがな	性別	職種 医師・看護師・薬剤師 その他[]	備考(過去の活動経歴や持っている資格など)
	生年月日	年 月 日(才)		免許番号: 資格取得日: 年 月 日	
3	氏名	ふりがな	性別	職種 医師・看護師・薬剤師 その他[]	備考(過去の活動経歴や持っている資格など)
	生年月日	年 月 日(才)		免許番号: 資格取得日: 年 月 日	
4	氏名	ふりがな	性別	職種 医師・看護師・薬剤師 その他[]	備考(過去の活動経歴や持っている資格など)
	生年月日	年 月 日(才)		免許番号: 資格取得日: 年 月 日	
5	氏名	ふりがな	性別	職種 医師・看護師・薬剤師 その他[]	備考(過去の活動経歴や持っている資格など)
	生年月日	年 月 日(才)		免許番号: 資格取得日: 年 月 日	
6	氏名	ふりがな	性別	職種 医師・看護師・薬剤師 その他[]	備考(過去の活動経歴や持っている資格など)
	生年月日	年 月 日(才)		免許番号: 資格取得日: 年 月 日	

チームの連絡先	主: (衛星電話の機種:)
	副: (衛星電話の機種:)
希望する活動エリア	県東部 ・ 県中部 ・ 県西部 ・ その他[]
希望する活動場所	医療機関 ・ 救護所 ・ 避難所 ・ その他[]
活動可能期間	月 日 時 分 ~ 月 日 時
車両の台数	台 担送患者の搬送(可・不)
携行資機材	

県保健医療調整本部・支部記入欄(記入は不要です)	確認結果	No.
備考		
活動場所	名称:	処理日: 年 月 日
	住所: 連絡先: 担当者名:	
		県担当: