

大田区災害時医療職ボランティア登録辞退届

（宛先）大田区長

年 月 日

|                                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                         |             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-------------------------|-------------|
| 職 種                                                                                                                                                                                                                                                       |                   | 免許番号                    |             |
| （フリガナ）<br>氏 名                                                                                                                                                                                                                                             |                   |                         |             |
| 性 別                                                                                                                                                                                                                                                       | 男 ・ 女             | 生年月日<br>昭和・平成 年 月 日（ 歳） |             |
| 住 所                                                                                                                                                                                                                                                       | （〒 - ）            |                         |             |
| 電 話 番 号                                                                                                                                                                                                                                                   | 携帯電話：             |                         |             |
| メールアドレス                                                                                                                                                                                                                                                   |                   |                         |             |
| 勤 務 先<br>（就労中の方のみ）<br>学 校                                                                                                                                                                                                                                 | 名称                |                         | 電話番号<br>（ ） |
|                                                                                                                                                                                                                                                           | （〒 - ）            |                         |             |
|                                                                                                                                                                                                                                                           | 常勤 ・ 非常勤 ・ その他（ ） |                         |             |
| 登録している救護所等の番号                                                                                                                                                                                                                                             |                   | （ ）                     |             |
| ① 大田病院      ② 東京労災病院      ③ 東邦大学医療センター大森病院<br>④ 大田池上病院      ⑤ 池上総合病院      ⑥ 大森赤十字病院      ⑦ 田園調布中央病院<br>⑧ 荏原病院      ⑨ 東急病院      ⑩ 本多病院      ⑪ 東京蒲田病院<br>⑫ 牧田総合病院      ⑬ JCHO東京蒲田医療センター      ⑭ 渡辺病院<br>⑮ 入新井第一小学校      ⑯ 馬込小学校      ⑰ 東調布第一小学校      ⑱ 六郷中学校 |                   |                         |             |

大田区災害時医療職ボランティア登録の辞退を申し込みます。

氏 名（自 署）

|     |
|-----|
| 収受印 |
|     |