

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） 氏 名			
性 別	男 ・ 女	生年月日 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 （就労中の方のみ） 学 校	名称	電話番号	（ ）
	（〒 - ）		
	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 ④ 安田病院 ⑤ 牧田総合病院 ⑥ 松井病院 ⑦ 池上総合病院 ⑧ 大森赤十字病院 ⑨ 田園調布中央病院 ⑩ 荏原病院 ⑪ 東急病院 ⑫ 目蒲病院 ⑬ 本多病院 ⑭ 東京蒲田病院 ⑮ JCHO東京蒲田医療センター ⑯ 渡辺病院 ⑰ 馬込小学校 ⑱ 東調布中学校 ⑲ 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）

收受印
