

(まち保様式6)

公益社団法人山形県看護協会長 様

この度、山形県看護協会「まちの保健室」ボランティアに登録いたしたく申し込みます。

記入月日 平成 年 月 日

山形県看護協会「まちの保健室」ボランティア登録申込書		
(フリガナ)		男
氏 名	Ⓜ	女
住 所	〒	
連 絡 先 (電話番号等)	Tel (自宅) (携帯)	
	Fax	
	E-mail	
就業の有無	施設名	無
	住所	最終離職 年 月
	電話番号	
	Fax	
免許証種類	<input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師	
活動できる範囲	<input type="checkbox"/> 県内全域	
	<input type="checkbox"/> 村山地域	<input type="checkbox"/> 最上地域
活動可能日	<input type="checkbox"/> 平日 <input type="checkbox"/> 土・日・祝祭日	
	<input type="checkbox"/> 一日可能	<input type="checkbox"/> 午前のみ <input type="checkbox"/> 午後のみ
PR ポイント		

・ボランティア研修受講時に登録証用顔写真を撮影できます。

事業課担当者確認サイン ()

登録年月日 平成 年 月 日