

(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 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)	
氏名	女・男 年 月 日生
住所	〒
連絡先	Tel (自宅) (携帯) E-mail Fax
就業の有無	施設名 住所 電話番号 Fax 無 最終離職 年 月
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
活動できる地域	<input type="checkbox"/> 県内全域 <input type="checkbox"/> 山形支部地域 (村山地域から村山市・東根市・尾花沢市・大石田町を除いた地域) <input type="checkbox"/> 最北支部地域 (最上地域に村山市・東根市・尾花沢市・大石田町を加えた地域) <input type="checkbox"/> 置賜支部地域 <input type="checkbox"/> 庄内支部地域 <input type="checkbox"/> その他 ( )
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 <input type="checkbox"/> その他 ( )
PRポイント	

※登録申込時に、ボランティア登録証に貼付する顔写真(縦4cm×横3cm位)1枚ご準備ください。

事務局担当者確認サイン ( )

登録年月日 年 月 日