（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） |  | 女・男 | 年　　月　　日生 | |
| 氏　　名 | ㊞ |
| 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 | □保健師　　　　□助産師　　　　□看護師　　　　□准看護師 | | | |
| 活動できる　地域 | □県内全域  □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）  □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）  □置賜支部地域  □庄内支部地域  □その他（　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 活動可能日 | □平日　　 □土・日・祝祭日　　　□一日可能　 □午前のみ　　□午後のみ  □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4㎝×横3㎝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