神奈川県助産師会　災害時支援協力助産師　登録用紙

会員 No.（　　－　　）　　記入日　　年　　月　　日

フリガナ 名　　前	
住　　所	〒
所属助産師会・ 地区名	
電話番号	自宅 FAX 携帯
メールアドレス	パソコン 携帯
自宅以外の 緊急連絡先	名前 本人との関係 電話番号
ボランティア登録	有：日本助産師会・神奈川県看護協会・その他 無
日本助産師会の団体保険加入の有無 該当する所に○	・助産所責任保険 ・保健指導員賠償責任保険 ・勤務助産師賠償責任保険 ・傷害保険（交通事故・天災時の事故等） ・いずれも未加入
その他	

＊上記の個人情報は（公社）神奈川県助産師会及び各市町村の災害支援活動を目的以外には使用いたしません。支援活動先の自治体からの要請があれば、上記情報の一部を提供する場合もあることをご了承ください。

＊年度初めに登録の確認を行いますが、申し出がない限りは自動更新といたします。支援助産師としての活動ができなくなった場合や情報に変更があった際にはお申し出ください。

【お申込み先】公益社団法人　神奈川県助産師会事務局

〒231-0037　神奈川県横浜市中区富士見町 3-1　神奈川県総合医療会館 6F

TEL：045-262-4201　　FAX：045-348-9020

MAIL：office@kanagawa-josanshi.com　URLhttp://kanagawa-josanshi.com