

神奈川県助産師会 災害時支援協力助産師登録 変更届出用紙

※会員No.、お名前を明記の上、変更箇所には○をつけ、新規内容をご記入ください。

記入日 年 月 日

会員番号		1 4 -
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		

【届出先】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：mw-kngw@gold.ocn.ne.jp URL<http://kanagawa-josanshi.com>