

日本医師会・災害派遣チーム(JMAT) 専用申込書 <日本航空>

* JMATチームの搭乗予定者は下記項目を記入し、ご所属の都道府県医師会JMAT担当者にメールまたはFAXでご送付ください。
 * 都道府県医師会は申し込み内容確認し、下部の都道府県医師会記入欄にご記入の上、日本航空へメール送信してください。
 (送付先: desk1@jal.com 及び masako.kiyama@jal.com)

1. 搭乗者名

1	名前	年齢	性別	携帯電話番号	区分(○で囲む)
	カタカナ 漢字	才	男 女		・医師 ・看護職員 ・医療事務
2	名前	年齢	性別	携帯電話番号	区分(○で囲む)
	カタカナ 漢字	才	男 女		・医師 ・看護職員 ・医療事務
3	名前	年齢	性別	携帯電話番号	区分(○で囲む)
	カタカナ 漢字	才	男 女		・医師 ・看護職員 ・医療事務
4	名前	年齢	性別	携帯電話番号	区分(○で囲む)
	カタカナ 漢字	才	男 女		・医師 ・看護職員 ・医療事務
5	名前	年齢	性別	携帯電話番号	区分(○で囲む)
	カタカナ 漢字	才	男 女		・医師 ・看護職員 ・医療事務

2. 搭乗希望便

1	搭乗希望日	月	日	曜日	便名	出発空港	到着空港
	第1希望						
2	搭乗希望日	月	日	曜日	便名	出発空港	到着空港
	第2希望						
3	搭乗希望日	月	日	曜日	便名	出発空港	到着空港
	第3希望						

<都道府県医師会記入欄>

ブロック名	医師会名	担当責任者名	連絡先 (本申し込みについてお問い合わせする場合があります)