

「日本医師会災害医療チーム（JMAT）」申込書

(2016年4月14日熊本県を震源とする地震におけるJMAT派遣)

医師会 _____

○チーム構成員 (※複数のチームを組織される場合はコピーにてご対応願います。)

	(ふりがな) 氏 名	年 齢	性 別	所 属	職 種	緊急連絡先 (確実に連絡のとれるところ)	専門分野
1 (責任者)							
2							
3							
4							
5							
6							

<責任者連絡先>

〒

TEL:

携帯:

FAX:

E-mail:

○現地活動可能期間 平成 年 月 日午前・午後 ~ 平成 年 月 日午前・午後
出発日: 月 日 熊本県内到着: 月 日 時頃(予定)
撤収日: 月 日午前・午後

※派遣についての詳細は、派遣に向けた準備が整い次第、都道府県医師会・チーム責任者の方へ
日本医師会から直接ご連絡させていただきます。