

「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)

○申込日 平成 年 月 日

○都道府県医師会

	(ふりがな) 氏 名	連 絡 先
担当役員		
担当事務局		
緊急連絡先		

家族等ではなく、本人と連絡が取れる番号(携帯等)をご記入下さい。

○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:
FAX:
携帯:
E-mail:

都道府県医師会の責任者ではなく、チームの責任者が所属する医療機関等の連絡先をご記入下さい。

○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、都道府県こちらからご連絡させていただきます。

撤収日は、現地出発日を想定していますが、帰宅が翌日になる場合は帰宅日をご記入下さい(保険に関わるため)。