

「聴障・医ネット」正会員登録用紙

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ブロック 北海道・東北・関東・北信越・東海・近畿・中国・四国・九州
都道府県 _____
氏名 _____ (ふりがな _____)
住所 (〒 _____) _____

TEL _____ FAX _____

E-mailアドレス _____

職業・立場 (該当するものすべてに○)

- 1 医療関係者 (職種 _____) 2 手話通訳者
3 聴覚障害者 4 その他 (具体的に: _____)

所属団体 全通研・全日ろう連・全難聴・その他 (具体的に _____)

☆ 新規登録される医療関係者の方へ

「聴障・医ネット」では、登録されている医療関係者のみの「医療関係者名簿」を作成し、災害時の医療支援の要請があったときに連絡がとれるよう、幹事会で管理しています。つきましては、自宅・勤務先名・TEL/FAX・携帯電話・E-mailアドレスを同名簿に掲載 (すなわち災害発生時の利用) して良いかどうかの確認をさせていただきたく存じます。

自宅・勤務先名・TEL/FAX・携帯電話・E-mailアドレスを「医療関係者名簿」に掲載してもよい・掲載しない (どちらかに○)

掲載してよい項目についてのみご記入下さい

(上記と同じ場合は「同上」とのご記入で結構です)

自宅住所: _____ (〒 _____)

自宅電話: _____ FAX: _____

勤務先住所: _____ (〒 _____)

勤務先電話: _____ FAX: _____

携帯電話: _____

E-mail: _____

以上