

「日本医師会災害医療チーム (JMAT)」申込書

○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		

○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:

○活動可能期間 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日

※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こちらからご連絡させていただきます。