

安芸圏域災害時歯科保健医療活動のための
事前活動登録兼個人情報提供同意書

<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 解除		
ふりがな		
氏名		
住所	〒	
連絡先	<input type="checkbox"/> 自宅電話番号	
	<input type="checkbox"/> 携帯電話番号	
	<input type="checkbox"/> メールアドレス	
現在の勤務状況	有 ・ 無	勤務先
		住所
		電話番号
共有機関	<input type="checkbox"/> 管内市町村 <input type="checkbox"/> 安芸・室戸歯科医師会 <input type="checkbox"/> 高知県保健政策課	
備考欄		

令和 年 月 日

安芸福祉保健所長 様

私は、安芸圏域災害時歯科保健医療活動のための情報登録に申請します。

また、このたびの登録される情報が、災害時の連絡や救護活動に同意の範囲内で他の関係機関に提供し、又調整に利用されることに同意します。

登録者本人署名（自筆）

同意の意思については、変更の申し出がない限り、自動継続とします。