

災害時医療救護活動従事看護師等登録解除申出書

1 ふりがな		
2 氏名		
3 生年月日	年 月 日	
4 住所	〒 ー	
5 連絡先	電話番号	
	メールアドレス	

東住吉区長あて

私は、東住吉区災害時医療救護活動従事看護師等登録の解除を申し出ます。

年 月 日

氏名