登　録　名　簿

滞在期間　　月　　日 ～　　月　　日（AM　時まで ・ PM　　時まで ・ 終日 ）

到着時間（　　：　　）

※継続して支援する一連のグループを「ライン」と呼びます。以下を記入してください。

所属ライン（　　）所属ラインがない場合は（短期支援　なし）と記入

病院名（　　）←正式名称をご記入下さい

都道府県（　　都 ・ 道 ・ 府 ・ 県 ）

	氏名	年令	生年月日	職名	専門（ex内科等）	電話番号
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						

衛星電話番号	
代表者電話番号1	
代表者電話番号2	
無線（150mHz　コールサイン）	（　　・　　）
タイヤ	スタットレス ・ ノーマル
車両の台数	救急車（　　）台 資材車（　　）台 トラック（　　）台 パワーゲート（有・無し）
ガソリン残量	（　　）割

備考