



糖尿病療養指導ボランティア登録フォーマット

登録申請；平成 年 月 日

ふりがな 氏名	
性別	男 ・ 女
職種	
年齢	
医療職年数	
CDE 経験年数	CDEJ ; LCDE ;
CDEL 所属県・地区	
ふりがな 所属施設名	
ふりがな 所属部署名	
所属先住所	〒
所属施設 TEL	
Email	
携帯 TEL	
携帯 mail	
災害ボランティア経験	あり (いつ どこで) ・ なし
医療職損害賠償保険	あり ・ なし
施設長の許可	済 ・ 未
移動方法	自家用車 ・ JR ・
活動可能な日 (5~6月の土日祝)	5/3・4・5、7・8、14・15、21・22、28・29 6/4・5、11・12、18・19、25・26
ご意見ご質問など	

※具体的な派遣は現地のニーズと合わせて調整しご連絡いたします。