

ID：
(日本医師会にて記載)

「日本医師会災害医療チーム（JMAT）」申込書

(COVID-19 JMAT)

- 都道府県医師会
- 申込日（年月日）

※月日の記載をお願いします（西暦込で表示されます）

○都道府県医師会情報

	氏名	連絡先
担当役員	<input type="text"/>	<input type="text"/>
担当事務局	<input type="text"/>	<input type="text"/>
緊急連絡先	<input type="text"/>	<input type="text"/>

○都市区医師会情報（※実施主体が市町村・都市区医師会の場合、ご記入ください）

	氏名	連絡先
担当役員	<input type="text"/>	<input type="text"/>
担当事務局	<input type="text"/>	<input type="text"/>
緊急連絡先	<input type="text"/>	<input type="text"/>

○チーム名

○チーム構成員（表の右端に保険選択欄を設けましたので、該当番号をご記入ください。）

	(ふりがな) 氏名	年齢	性別	所属	職種	緊急連絡先 (ハイファンなし) (確実に連絡のとれるところ)	専門分野	COVID-19保険：1 通常保険：2 いずれも不要：3
1 (責任者)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

<責任者連絡先>

住所：

TEL： 携帯：

FAX： E-mail：

- 患者搬送可能な車両（病院救急車など）を使用 AM/PM

○現地活動期間 開始年月日 2020年 月 日 AM/PM

～ 終了年月日 2020年 月 日 AM/PM

出発日 2020年 月 日

帰還日 2020年 月 日

現地到着日（予定） 2020年 月 日

- 実施主体 (☑を付けてください) 都道府県事業 市町村事業
- 活動内容 (☑を付けてください) 宿泊療養対応（医師： 宿泊施設滞在 オンコール対応）
- 地域外来・検査センター その他（）

○活動地域 都道府県・市町村

場所（施設名等）