fax088-623-5679　徳島県医師会救護班協力登録票

（協力頂ける職種をお書きください。）

チーム代表者・所属・連絡先	チーム構成	派遣可能期間 （基本的には3泊4日）
（記載例） 〇〇医師 ▲▲病院 090－0000―0000	（記載例） 医師（内科）1，看護師2，薬剤師1，事務員1	
（記載例） □□医師 ●●クリニック 090－0000―0001	医師（外科）1	