

## 東北地方太平洋沖地震に係る薬剤師ボランティア登録調査票

この度は、東北地方太平洋沖地震に係る薬剤師ボランティアへのお申し込みいただき、誠にありがとうございます。つきましては、ボランティア登録名簿の作成上必要な事項について、ご記入いただきますようお願い致します。

なお、今回のボランティア活動については、当会並びに日本薬剤師会との協議の上で、順次ボランティア活動をお願いさせていただくこととなりますことから、必ずしもご希望の日程に添えない場合もありますこと予めご承知おき下さい。

また、現地での宿泊等は確保されておられませんことから、各自で確保頂くこと、また、被災地での物資が不足しておりますことから、ご自身の水・食料などは可能な限りご持参いただくこととなりますので、充分ご理解の上、ボランティア活動へ参加頂きますようお願い致します。

1. お名前 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 才 性別 \_\_\_\_\_
2. 所属支部: \_\_\_\_\_ 支部
3. ご勤務先並びにご勤務先住所: \_\_\_\_\_
4. ご連絡先: 固定電話: \_\_\_\_\_ 携帯電話: \_\_\_\_\_  
携帯メールアドレス: \_\_\_\_\_
5. ボランティア開始希望時期(複数回答可)  
・3 月中から      ・4 月上旬から      ・4 月下旬から      ・どの期間でも問題ない
6. ボランティア可能日数(往復の移動時間も含む): \_\_\_\_\_ 日から \_\_\_\_\_ 日程度
7. 派遣希望先  
・茨城県      ・福島県      ・宮城県      ・岩手県      ・どこでも可
8. 備考(例:○○地区での宿泊確保可能である。○○地区での作業を希望。等)

調査票送信先:北海道薬剤師会室蘭支部事務局      **FAX 0143-24-8933**