

新型コロナウイルス感染症対策協力看護師 登録申請書

北海道知事あて

(フリガナ)
氏名： _____ 年齢： _____ 歳

郵便番号： _____

住所： _____

電話番号： _____

電話連絡：可（ 時～ 時頃） ・ 不可

メール： _____

既協力者： はい ・ いいえ

新型コロナウイルス感染症対策協力看護師として登録したいので、次のとおり申請します。

記

- 1 勤務可能地域
勤務可能な地域に○を記入してください。

圏域名	道央	道央	道南	道北	オホーツク	十勝	釧路・根室
勤務地	札幌市	札幌市 ※臨時医療施設	函館市	旭川市	北見市	帯広市	釧路市
勤務可否							

※臨時医療施設では、主にレッドゾーンでの勤務を行っていただきます。

- 2 勤務可能期間
期間限定を希望する場合は期間を、しない場合には、「限定はない」に○をしてください。

期間限定を希望	期間の限定はない
月 日 から 月 日頃まで	

- 3 勤務可能日数等
・勤務日数の制限がある場合には記載してください。制限がない場合には記載不要です。
・希望する勤務曜日、勤務ができない曜日がある場合には記載してください。

月に	日程度	週に	日程度	勤務希望曜日；	勤務不可曜日；
----	-----	----	-----	---------	---------

- 4 勤務可能時間帯
勤務可能な時間帯に○、その他希望する時間帯があれば記載してください。

早番（8：00～21：00）	遅番（20：00～9：30）	左記以外
		： ～ ：

- 5 その他勤務に当たっての希望があれば記載してください。

--