

(様式4)

20 年 月 日 (西暦)

災害支援ナースの登録更新依頼書

施設NO. _____ / 施設名 _____

施設住所 〒 _____

Tel (_____) _____ / FAX (_____) _____

E-mail _____

記入責任者役職名 _____ / 記入責任者氏名 _____

施設長の了解のもと、下記の災害支援ナース _____ 名を登録更新します。

氏名 : _____

本人の災害支援ナース登録確認書を同封します。

※災害が発生した場合、災害支援ナース派遣に伴う貴施設での労災適用について○を記入ください。

- ・ () 労災適用とする。
- ・ () 労災適用とはならない。