（様式 10）

災害支援活動支出報告書

福島県看護協会　災害対策本部行　　FAX024-991-5560

E-mail　saigai-na@fna.or.jp　（災害用）

※活動終了後 1 週間以内に、「災害支援ナース 災害時看護支援活動報告用紙」(様式 9)に添付して提出してください。

氏名（ﾌﾘｶﾞﾅ） 所属名	
災害名	
派遣先施設名 （住所がわかれば記入）	
派遣期間	２０　　年　　月　　日～　２０　　年　　月　　日（西暦）
経費	例）〇〇病院から△△駅まで車使用　　領収書　無 △△駅から集合場所まで新幹線（自由特急券）利用　領収書　有　添付 血圧計の電池の補充：単４電池１本　￥□□円　　領収書　有　添付 領収書を添付してください。