

(様式1)

20 年 月 日 (西暦)

災害支援ナースの登録について (施設票)

施設NO. _____ / 施設名 _____

施設住所 〒 _____

TEL (_____) — / FAX (_____) —

E-mail _____

看護職責任者役職 _____ / 看護職責任者氏名 _____

●施設長の了解の基、別紙のとおり災害支援ナースに _____ 名応募します。

●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。