

(様式6)

各災害支援ナース登録施設看護職責任者 様

災害支援ナース派遣要請票

下記のように災害支援ナース派遣を要請いたします。

20 年 月 日 (西暦) 時現在

1. 災害の種類	
2. 支援期間 〔見込み〕	20 年 月 日 ~ 20 年 月 日 (西暦)
3. 集合場所	
4. 活動場所	名 称
	住 所
	電話番号
	責任者
5. 主な業務	
6. 交通ルート	
7. ライフライン	電気使用： 可 不可
	ガス使用： 可 不可
	水道使用： 可 不可
	その他：
8. 滞在	寝具提供：有 無 その他 ( )
	食事提供：有 無 その他 ( )
	保清方法：シャワー 清拭 その他 ( )
9. その他 (持ってきた方がよいもの、注意事項など)	

公益社団法人福島県看護協会 〒963-8871 郡山市本町一丁目20番24号

TEL 024-934-0512 FAX 024-991-5560