（ふく様式Ｃ）　　【県協会➡災害支援ナース登録施設・個人会員➡県協会】

災害支援ナース派遣候補者リスト

送信先	施設名	
	報告責任者名	
	TEL	
	FAX	

福島県看護協会
事業課　行

FAX　024－991-5560

【記入上の留意点】

１．　災害支援ナース登録者であること

２．　**出発日：①班：　月　日、　②班：　月　日、　③班：　月　日、　④班：　月　日、　⑤班：　月　日　出発日を頭にして記入。**

３．　派遣期間：１人の活動期間は原則として移動時間も含め３泊４日。（例：11/9～11/12、①班でも②班でも可能な場合 11/9～11/15）

NO	福島県看護協会会員 NO	氏名(ふりがな)	職能	経験年数	交通･宿泊費	労災適用	活動可能期間 （月/日～月/日）
例	001234	福島（ふくしま）　花子（はなこ）	看護師	１０年	○	○	11/9～11/12