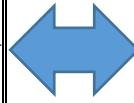


(ふく様式B)

【県協会→派遣を要する施設→県協会】

< 年 月 日 時 分現在 >

送 信	福島県看護協会
	担当者：
	FAX：024-991-5560
	電子メール：saigai-na@fna.or.jp



宛 先	派遣を要する施設 看護職責任者様
--------	---------------------

災害支援ナース派遣要請-活動場所⑩-第()報

災害名： _____

派遣が必要な場合は、必要事項をご記入のうえ、福島県看護協会までご返信ください。

1. 活動場所	名称：
	住所：
	電話番号
	責任者
2. 支援期間	年 月 日 () ~ 年 月 日 ()
3. 必要人数	1日あたり 人
4. 現地で連絡をとる相手	氏名：
	所属：
	電話番号：
5. 交通ルート	
6. ライフライン	電気 ・ ガス ・ 水道 ・ その他 ()
7. 災害支援 ナースへの 支援環境	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 ()
8. その他 (特に持ってきた方がよいと思われるもの・注意事項等)	

福島県看護協会への連絡方法

- ① (FAX) 024-991-5560 (TEL) 024-934-0512
- ② 電子メール：saigai-na@fna.or.jp