

(ふく様式D)

【災害支援ナース登録施設・個人会員⇒県協会】

災害支援ナース活動連絡票

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)

氏名 (フリガナ)	
所属名	
派遣先 TEL	
派遣期間	年 月 日 ~ 年 月 日
携帯 TEL 携帯メールアドレス	
緊急連絡先 1	氏名 続柄 TEL
緊急連絡先 2	氏名 続柄 TEL
看護職賠償責任 保険の加入	1. 加入済み 2. 未加入
協会準備品一式 (ハンドブック参 照、自分の身支度用 品は除く)	協会準備品一式送付希望 協会準備品一式協会受取希望 その他必要品の希望
希望物品送付 住所等	〒 TEL
被災地までの 交通手段 (勤務施設から の手段)	自家用車使用 高速道路使用する IC⇔ IC IC⇔ IC 高速道路使用しない 公共交通機関 バス 電車 停留所(駅)⇔ 停留所(駅) 同乗希望
備考	