**送信先：**[**saigai-na@fna.or.jp**](mailto:saigai-na@fna.or.jp)

**災害支援ナース派遣調整担当者に関する報告**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 入力項目 | |  |
| ① | 施設名 | |  |
| ② | 電話番号  ※直通のものがあれば優先で記入ください | |  |
| ③ | 派遣調整担当者 | 部署 |  |
| 職位 |  |
| 氏名 |  |
| ④ | メールアドレス  ※担当者が変わっても変更されないものが望ましい | |  |
| ⑤ | ファックス番号 | |  |
| ⑥ | 災害支援ナースの人数  ※異動等によりいない場合も①～⑤をご記入ください | | 人 |

**Wordのままで送信してください**

**※送信時の注意事項**

1.　メールの件名を施設名にしてください。

報告期限：8月11日（月）

2.　④のアドレスから送信してください。

事務担当：福島県看護協会　教育・事業課　岩田、上杉

TEL：024-934-0512　FAX：024-991-5560

E-mail：[saigai-na@fna.or.jp](mailto:saigai-na@fna.or.jp)