

※ 災害支援ナースから看護協会あての派遣承諾書 (様式5)

平成 年 月 日

公益社団法人

福岡県看護協会 会長 宛

施設名

氏名 (自署) _____ 印

災害支援ナース派遣承諾書 (本人用)

平成 年 月 日に依頼があった災害支援について、災害支援ナースとして派遣されることを承諾します。

(派遣期間)

平成 年 月 日から
平成 年 月 日まで (日間)