

※ 災害支援ナースが所属する看護部門責任者から看護協会あての派遣承諾書（様式6）

平成 年 月 日

公益社団法人

福岡県看護協会 会長 宛

(施設名)

(看護部門責任者名) 印

災害支援ナース派遣承諾書（施設用）

平成 年 月 日に依頼があった災害支援について、当施設所属の
_____を、災害支援ナースとして派遣す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)