

※ 被災施設・地域から看護協会への支援を要請するときの書式（様式2）

【送信元】

被災施設（ ）
担当者（ ）
F A X :
T E L :
メール:

⇒

【宛先】

福岡県看護協会
F A X（総務課）092-631-1142
T E L（代 表）092-631-1141
メール（災害用） saigai@fukuoka-kango.or.jp

災害支援ナース派遣要請票

下記により、災害支援ナース派遣を要請いたします。

必 須 事 項	1 活動（集合） 場所	名 称： 所在地： (責任者：)				
	2 支援期間	年 月 日 () ~ 年 月 日 ()				
	3 必要人員	1日当たり () 人				
	4 現地で連絡 をとる相手	所 属： (フリガナ) 氏 名： (TEL)				
5 交通ルート →道路の遮断 (有・無)	①公共交通機関利用（最も近いターミナル駅から施設の最寄駅～集合場所） ②自家用車利用（利用可能なルート～集合場所。）					
6 ライフラインの 現況又は被災状況	電気	ガス	水道	通信	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（注意事項等） (特に持参した方がよいと思われるもの等)						