

災害支援ナース派遣依頼

施設長・看護部長 様

災害支援ナース 各位

下記の状況で、災害支援ナースの派遣依頼を行います。活動可能な災害支援ナースは、下段の「災害支援ナース記入用」に必要事項を記入し対策本部派遣班までFAXして下さい。

支 援 期 間	年 月 日 ~ 年 月 日の予定			
現地までの交通ルート	公共交通機関の交通使用 (可・ 不可・ 不明)			
活動施設被災状況	電話使用 (可・ 不可)・Eメール使用 (可・ 不可)			
ライフラインの状況	電気使用 (可・ 不可) ・ガス使用 (可・ 不可) 水道使用 (可・ 不可)			
災害支援活動分類	第 1 期	第 2 期	第 3 期	第 4 期
看護分野 (複数可、 ○で囲む)	トリアージ 救命救急看護 手術室看護 透析看護 外科系看護 その他 ()	内科系看護 外科系看護 慢性疾患看護 その他 ()	精神看護 地域看護 その他 ()	地域看護 精神看護 その他 ()
具体的活動内容				
宿泊場所・食料・水 等の状況				
その他				

【災害支援ナース記入欄】

災害支援ナース氏名	登録 No. _____
活動可能期間	年 月 日 ~ 年 月 日
連絡先	Tel (自宅) :
	携帯 :
	FAX :
活動のための希望事項	

FAX 送信先 078-361-6652 兵庫県看護協会災害対策本部派遣班 宛(担当:)