

公社兵看協発第 号
年 月 日

様（登録 No. ）

公益社団法人兵庫県看護協会
会長 印

災害支援ナースの派遣について

下記のとおり災害支援活動を要請いたします。

記

1. 活動期間 年 月 日（ ）～ 年 月 日（ ）

2. 派遣先 活動拠点名

住所

連絡先

担当者

3. 主な活動内容等

4. 活動に関する留意事項(別紙のとおり)

5. 支援活動に対する補償

1) 傷害保険

兵庫県看護協会の負担で派遣時に加入します。

6. 支援活動に係る旅費

兵庫県看護協会が居住地から派遣被災地間の往復交通費・宿泊費を支給します。

7. その他

以上

<お問い合わせ先>

〒650-0011 神戸市中央区下山手通 5-6-24

兵庫県看護協会 担当:

TEL (078) 341-0190 FAX (078) 361-6652