**広様式‐3**

**災害発生時の連絡先**

※災害支援ナース派遣時の連絡先（看護部など）をご記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名 |  |
| 担当者　名（役職名） | 　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　） |
| 電　話 | 施設代表電話番号 |  |
| 担当者直通電話番号 |  |
| FAX | FAX番号 |  |
| FAX設置場所 |  |