様式3

＜平成　　年　　月　　日　　時　　分現在＞

送信元：日本看護協会

災害支援ナース派遣シフト表－活動場所①－第(　)報

派遣期間：平成　　年　　月　　日(　) ～　　月　　日(　)

活動場所	施設名：
	担当者：
	住所：
	電話：

現地緊急連絡先	施設名：
	担当者：
	住所：
	電話：

※派遣期間には移動日を含みます。
※変更等がある場合は、速やかに右記担当部署までご連絡ください。
※現地の状況により活動体制・場所などは変更されます。

担当部署：日本看護協会　看護開発部　看護業務課
TEL：03-6704-8730　FAX：03-6704-8731（担当：　　）
電子メール：saigai-na@nurse.or.jp

本会NO	都道府県名	県協会NO	変更・削除	名前	所属施設名	職能	経験年数	指導者養成研修受講者	交通・宿泊費	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
1																							
2																							
3																							
4																							
5																							
6																							
7																							
8																							
9																							
10																							
11																							
12																							
13																							
14																							
15																							