

# 様式B

(送付枚数：本紙含め 枚)

<平成 年 月 日 時 分現在>

送信元	(被災県)	看護協会	宛先	日本看護協会
	担当者：			看護開発部 看護業務課
	FAX：			担当者 災害専用 FAX：03-6704-8731 電子メール：saigai-na@nurse.or.jp

## 災害支援ナース派遣要請票-活動場所①-第( )報

※活動場所ごとに丸番号を付け、終了まで同じ番号を使用してください。本票は、活動場所ごとに作成してください。

下記のように災害支援ナース派遣を要請いたします。

1. 活動場所 (必須)	名称：
	住所：
	電話番号：
	責任者：
2. 支援期間 (必須)	平成 年 月 日 ( ) ~ 平成 年 月 日 ( )
3. 必要人数 (必須)	1日あたり 人
4. 現地で連絡をとる相手 (必須)	氏名：
	所属：
	電話番号：
5. 交通ルート	※最も近いターミナル駅から施設の最寄駅、施設所在地への利用可能なルートをご記入ください。
6. ライフライン	電気 ・ ガス ・ 水道 ・ 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 (特に持ってきた方がよいと思われるもの・注意事項等)	

### 日本看護協会への連絡方法

- ① 看護開発部 看護業務課 <災害専用>：(FAX) 03-6704-8731 (TEL) 03-6704-8730
- ②電子メール：saigai-na@nurse.or.jp
- ③東京都災害時優先電話 (東京都被災時に使用)：(FAX) 03-5778-5620 / (TEL) 03-5778-5609