**ＦＡＸ：045-263-2905**

**Ｅ-mail: saigai@kana-kango.or.jp**

***神奈川県看護協会　行き***

第　　報

支援要請連絡用紙

|  |
| --- |
| **連絡年月日　　　　　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　　日　　　　　　　　　　時　　　　　分** |
| **施　設　名** |  |
| **所　在　地** |  |

|  |
| --- |
| **※災害支援ナース派遣要請** |
|  | **災害支援ナース****調整者** | （所属）　　　　　　　　　　　　　　　　（氏名） |
|  |  | **電話番号** |  |
|  | **FAX** |  |
|  | **Eﾒｰﾙ** |  |
|  | **当日、現地で連絡を取る相手** | （氏名）　　　　　　　　　　　　　　（電話番号） |
| **支援開始　希望日** | ※支援開始希望日によっては、派遣調整に時間がかかる場合があります |
| 月　　　　日　から　　　　　　月　　　　日まで |
| **希　望　人　数** | 1日あたり　　　　　　　　　　名　 |
| **主な業務** | 記入例：急患外来業務、病棟看護業務etc |
| **ライフライン**※災害支援ナースの　準備の参考にします | 電気 | 可　・　不可　・　停電 | ガス | 可　　　・　　　不可 |
| 水道 | 可　　　・　　　不可 | トイレ | 可　　　・　　　不可 |
| その他 |  |
|  | **集合場所** | （できるだけ詳しく） |
| **集合時間** | 　　　　　　　　　　　時　　　　　　　　　　　分 |

**その他、持参する良いと思われるもの、注意事項など。**

**なお、ご希望に添えない場合もあることをご承知おきくださいますようお願い申し上げます。**