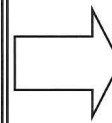


# 災害支援ナース派遣候補者リスト(山看協様式C)

< 年 月 日 時 分現在 >

送信元	施設名:			
	担当者(役職):			
	TEL:			
	Eメール:			



宛先	公益社団法人 山口県看護協会 金子恵子
	FAX:0835-24-1230
	TEL:0835-28-7512
	Eメール:sienkatudou@y-kango.or.jp

◆災害支援ナースを派遣することが 1. できる 2. できない

1 もしくは 2 に○をつけてご返信ください。  
「1. できる」場合にはリストをご記入ください。  
12月9日の10:00までにFAXまたはEメールにてご返信ください。

## 災害支援ナース派遣候補者リスト-第( )報

※出発日: 12/1 12/14 12/17、12/20、12/2

No	変更 削除	名前	所属施設名	職能	経験 年数	指導者養成 研修修了者	交通・ 宿泊費	12/11	12/12	12/13	12/14	12/15	12/16	12/17	12/18	12/19	12/20	12/21	12/22	12/23	12/24	12/25	12/26
										山口 花子	〇〇病院	看	20			○	○	○	○				
【名前】 姓と名の間はスペースを入れてください。		【指導者養成研修】 現地での役割分担の参考としますので、災害支援ナース指導者養成研修の受講経験がある場合、○をご記入ください。					【交通費・宿泊費】 日本看護協会に請求の場合は、○をご記入ください。			【日程】 派遣日数は3泊4日です。連続して4日間以上に○をご記入ください。 出発日が決まっていますので、出発日を含む4日以上に○をご記入ください。													
1																							
2																							
3																							
4																							
5																							
6																							
7																							
8																							
9																							
10																							

※ご提出いただいた候補者について、派遣者とならない場合もありますのでご了承ください。