（送付枚数：本紙含め　　枚）

送 信 元：愛媛県看護協会災害対策本部

愛媛県看護協会 → 災害支援ナース所属施設・個人登録者

媛様式3

災害支援ナース派遣シフト表

派遣期間：　　月　　日（　）～　　月　　日（　）

＜西暦　　年　　月　　日　　時　　分現在＞

活動場所	施設名：
	責任者：
	住　所：
	ＴＥＬ：　　ＦＡＸ：
	E-mail：

相手（現地で連絡をとる）	氏 名：
	所 属：
	ＴＥＬ：　　ＦＡＸ:
	E-mail：

派遣期間には移動日を含みます。変更等がある場合は、速やかに右記の愛媛県看護協会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。

愛媛県看護協会災害対策本部
ＴＥＬ：089-923-1287　ＦＡＸ：089-926-7825
E-mail：nursing-ehime@circus.ocn.ne.jp

No	変更・削除	名前	所属施設名	職能	経験年数	管理者経験	交通・宿泊費	労災適用	派遣日																		
									/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
1																											
2																											
3																											
4																											
5																											
6																											
7																											
8																											
9																											
10																											
11																											
12																											
13																											
14																											
15																											