第２号様式

令和　　年　　月　　日

青森県知事　殿

施設名

代表者

令和　　年　　月　　日付け青医第　　　号で名簿提出依頼のあった派遣可能な災害支援ナースについて、下記のとおり名簿を提出します。

派遣可能災害支援ナース名簿

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 職種　 | 氏名 | 自宅じゅうしょ | 派遣可能期間 |
| 　 | 　 | 　 | 　　　月　　日　～　　月　　日 |
| 　 | 　 | 　 | 　　　月　　日　～　　月　　日 |
| 　 | 　 | 　 | 　　　月　　日　～　　月　　日 |
| 　 | 　 | 　 | 　　　月　　日　～　　月　　日 |
| 　 | 　 | 　 | 　　　月　　日　～　　月　　日 |
| 　 | 　 | 　 | 　　　月　　日　～　　月　　日 |
| 　 | 　 | 　 | 　　　月　　日　～　　月　　日 |
| 　 | 　 | 　 | 　　　月　　日　～　　月　　日 |
| 　 | 　 | 　 | 　　　月　　日　～　　月　　日 |
| 　 | 　 | 　 | 　　　月　　日　～　　月　　日 |
| 　 | 　 | 　 | 　　　月　　日　～　　月　　日 |

注）1　職種には、保健師、助産師、看護師、准看護師の別を記入してください。

　　2　各災害支援ナースの派遣可能な期間を全て記入してください。