

()保健所指導予防課 行

市町村名	
所属・職	
氏名	
電話番号	
FAX番号	
要請日時	

災害時保健活動保健師等応援・派遣要請

【応援(予定)状況】

派遣要請期間	令和 年 月 日() ~ 令和 年 月 日()		
派遣要請保健師等数	保健師 人、 栄養士 人	保健師 (○を付ける)	栄養士 (○を付ける)
活動場所	避難所 (場所:)		
	地域(在宅被災者)(場所:)		
	応急仮設住宅(場所:)		
	その他()		
業務内容	避難所等における被災者の健康管理		
	在宅被災者の健康調査、健康管理		
	応急仮設住宅入居者の健康調査・健康管理		
	被災地保健活動の統計・資料作成		
	被災地保健活動業務(通常業務)		
	被災地保健活動の企画調整業務		
その他()			
活動体制	日中の活動が中心		
	夜間の活動		
	長時間の活動		
	24時間体制		
	その他()		
備考			

* 県内全体の被災状況により、調整を行います。

保健医療現地調整本部からの情報連絡員の参集場所	
-------------------------	--

様式3(記載例)

被災市町村 ⇒ 管轄保健所 ⇒ 県本庁

(〇〇〇)保健所指導予防課 行

市町村名	〇〇〇市
所属・職	総務課・〇〇
氏名	〇〇 〇〇
電話番号	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇
FAX番号	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇
要請日時	2020/〇/〇 〇時〇分

災害時保健活動保健師等応援・派遣要請

【応援(予定)状況】

派遣要請期間	令和〇〇年1月15日(〇) ~ 令和〇〇年2月14日(〇)(予定)		
派遣要請保健師等数	保健師 〇 人、 栄養士 〇 人	保健師 (〇を付ける)	栄養士 (〇を付ける)
活動場所	避難所 (場所:	〇	
	地域(在宅被災者)(場所:		
	応急仮設住宅(場所:		
	その他(
業務内容	避難所等における被災者の健康管理	〇	
	在宅被災者の健康調査、健康管理		
	応急仮設住宅入居者の健康調査・健康管理		
	被災地保健活動の統計・資料作成		
	被災地保健活動業務(通常業務)		
	被災地保健活動の企画調整業務		
その他()			
活動体制	日中の活動が中心	〇	
	夜間の活動		
	長時間の活動		
	24時間体制		
	その他(
備考			

震度情報等から甚大な被害が予想されるが、被災状況が分からず、派遣要請終了期間が不明な場合は、1ヶ月

* 県内全体の被災状況により、調整を行います。

保健医療現地調整本部からの情報連絡員の参集場所	〇〇〇市災害対策本部(〇〇〇市役所〇階〇〇室)。
-------------------------	--------------------------