

【看護師派遣依頼書】

日本赤十字社宮崎県支部 事務局長 様

※ 太枠の中のみご記入ください。

申請年月日 年 月 日

行事内容等	行事名（※ 正式名称）				
	派遣年月日	年 月 日（ ）	時 分	～ 時 分まで	
	派遣会場				
	行事等参加者数 （救護対象者数）	人（見込み）			
	派遣看護師希望数	人			
	救護場所	※ 待機場所、救護場所等のご記入と併せて、会場の見取り図等も添付してください。			
	救急患者受入予定医療機関等	※ 傷病者搬送用車両の確保等については、貴団体にてお願いします。 ※ 必ずいずれかに✓を記入してください。 () ① 医療機関名 () ② 病院への依頼はしないが、休日当番医等について把握している。			
	救護物品受け取り 希望日時	年 月 日（ ）	時 分	※ 原則として、派遣3日前からの受け取りをお願いします。 ※ 開庁時間内（月～金 9：00～17：30）の受け取り（返却も同様）となりますのでご注意ください。	
	事故補償	本行事の救護に関し、事故補償等についての責任は主催者が負うものとする。			
その他	駐車券発行の有無 () 有 () 無 ※ 駐車券がある場合は、開催日2週間前までにメールまたは郵送にてお送りください。 → 送付方法 () メール / () 郵送				
連絡先	連絡先	住所			
		担当者氏名			
		電話番号	—	—	
	行事等当日の担当者 ※上記担当者とは異なる場合のみ ご記入ください。	氏名			
	電話番号	—	—		

【回答書】

様

【支部担当者記入欄】

通知日： 年 月 日（ ）

 派遣不可（理由： ） 下記のとおり看護師を派遣します。

1 派遣日時 年 月 日（ ） 時 分 ～ 時 分

2 派遣看護師氏名及び連絡先

① () ☎ — —

② () ☎ — —

※ 個人情報につき取扱いについては十分ご注意ください。