

※メールまたはFAXでの送信

送信先 (派遣先自治体)		様
発信元 (派遣元自治体)		
記載日		

(別紙) 災害に係る保健師の派遣について

連絡票

※ 派遣に伴う確認事項ですので、派遣先となる都道府県あてに必ず送信をお願いします。

1 派遣先までの交通手段について

自動車 ・ その他 ()

※公用車の場合

公用車を終日現地での活動に使用することの可否	可 ・ 不可
------------------------	--------

2 派遣先への到着予定日時および活動予定日

到着予定日時	月 日 () 〇時〇〇分	到着予定
活動開始日	月 日 () ~	活動予定

3 派遣保健師等の氏名(全員分)

	氏名	職種	連絡先(携帯電話/メールアドレス)
派遣チーム 責任者			電話:
			メール:
派遣チーム 副責任者			電話:
			メール:
派遣者			/

※派遣チームが複数ある場合は、チーム毎に様式を提出してください。