様式第2号（第3条第1項関係）

送信元	日時	年　　月　　日　　時　　分現在
	医療機関名	
	担当者　職・氏名	
	電話	
	FAX	
	メールアドレス	

宛先	担当	宮崎県福祉保健調整本部
	担当者　職・氏名	
	電話	
	FAX	
	メールアドレス	@pref.miyazaki.lg.jp

支援ナース派遣候補者リスト　第（　　）

【日程】・災害の派遣は原則3泊4日のため、連続して4日間以上〇を記入してください。
・災害の派遣は出発日が決まっていますので、出発日を含む4日以上に〇を記入してください。
・感染の派遣は原則２週間のため、連続して１４日間以上〇を記入してください。

※1　1992年1月28日→19920128（月日が一桁の時には０を付ける）

※2　修了証の右上に記載されている番号

	生年月日※1	修了証番号※2	氏名	所属施設名	職能	携帯電話番号	メールアドレス	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
1																						
2																						
3																						
4																						
5																						
6																						
7																						
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						