災害支援ナースの派遣に関する協定の締結に関する回答票

【施設の名称等】

【管理者の役職及び氏名】

Ｑ１，提示した協定案のとおり締結することに対する可否を選択してください。

協定案のとおり締結することに同意します。（Ｑ３へ）

協定を締結することに同意しません。（Ｑ２へ）

Ｑ２，協定を締結することに同意できない理由を教えてください。

（Ｑ２回答用）

Ｑ３，連絡先を記入してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 平時 | 災害時等 |
| 担当部署 |  |  |
| 担当者役職 |  |  |
| 担当者氏名 |  |  |
| 電話番号 |  |  |
| メールアドレス |  |  |
| ＦＡＸ |  |  |

※「平時」は、災害支援ナースにかかるお知らせや更新有無の確認等に使用します。

　「災害時等」は、災害等発生後に災害支援ナースの派遣を要請する場合に使用します。