

災害時情報連絡用紙					
施設名					
連絡日時	年	月	日	時	分
連絡者 役職・氏名					
被災状況等					
電話	可・不可	FAX	可・不可	インターネット メール	可・不可
人的被害の 状況					
施設や ライフライン 被害の状況					
看護協会への 要望事項					
今後の問合せ先	役職・氏名				
	通信可能電話番号				
	通信可能FAX番号				
	通信可能メールアドレス				

施設 No. _____ (看護協会記入)

* 災害支援ナースの派遣要請は千葉県健康福祉部医療整備課に連絡してください。