

様式 1-5 保健医療活動チーム応援要請「依頼書」「回答書」

県保健医療救護対策本部()	
発信	月 日 時 分
発信者	
受信	月 日 時 分
受信者	
TEL	
FAX	
対応	済・未

()事務局・市町村	
受信	月 日 時 分
受信者	
発信	月 日 時 分
発信者	
TEL	
FAX	
対応	済・未

()内には担当課を記載

次のとおり保健医療活動チームの応援要請をいたしますので、派遣の可否についてご回答ください。

要請元	所在地	支援内容	支援チーム数
1			
2			
3			

() 事務局・市町村

要請元 番号	派遣回答		派遣可能な場合		派遣不可の場合 の理由を記入
	派遣の可否 (○をつける)	支援チーム () ()内にはチーム数を記載	出発可能 日時	現地までの 交通手段	
	可・否	<input type="checkbox"/> 歯科医療チーム <input type="checkbox"/> 災害支援ナース <input type="checkbox"/> 保健師チーム <input type="checkbox"/> 薬剤師チーム <input type="checkbox"/> 管理栄養士チーム <input type="checkbox"/> リハビリチーム <input type="checkbox"/> その他 ()			
	代表者氏名		連絡先		

要請元番号には、上記「要請元」番号を記載してください。