

様式第4号（第3条第3項関係）

送 信 元	担当		宛 先	医療機関名	
	担当者 職・氏名			担当者 職・氏名	
	電話			電話	
	FAX			FAX	
	メールアドレス			メールアドレス	

支援ナース派遣決定通知 第（ ）報

月 日に送付いただいた災害・感染症支援ナース派遣候補者リスト 第（ ）報分については、下記のとおり派遣を決定いたしましたので、お知らせいたします。

No.	班名	氏名	活動場所	【日程】移動日も含む						
1				年	月	日	～	年	月	日
2				年	月	日	～	年	月	日
3				年	月	日	～	年	月	日
4				年	月	日	～	年	月	日
5				年	月	日	～	年	月	日