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（　　）

※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

No.	氏名	生年月日※1 登録証No※2	【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。 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。													
例	○○　○○○	19920128	1/1	1/2	1/3	1/4	1/5	1/6	1/7	1/8	1/9	1/10	1/11	1/12	1/13	1/14
		202345000125			○	○	○	○	○	○	○					
1			／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／
2			／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／
3			／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／
4			／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／