

登録番号	No.
登録日	年 月 日

【県内応援派遣調整事業】

支援医療機関登録票

公益社団法人青森県看護協会長 様

(TEL : 017-723-2857)

(FAX : 017-735-3836)

(メール : ao.nurse@ceres.ocn.ne.jp)

令和 年 月 日

当医療機関を支援医療機関として登録します。

ただし、業務の状況等により派遣できない場合があることをご承知おき下さい。

	〒		—		
住 所					
医療機関名					
代表者名					
担当者 (連絡先)	職名			氏名	
TEL				FAX	
E-mail				@	
以下①・②の該当する部分に☑をお願いします。					
①派遣可能 看護職員	<input type="checkbox"/> 感染症棟における業務				
	<input type="checkbox"/> 感染症棟以外の病棟、外来等における業務 (感染症棟への院内応援により人員不足となった病棟等の支援)				
②派遣可能 日 数	<input type="checkbox"/> 3～5日程度		<input type="checkbox"/> 1週間程度		
	<input type="checkbox"/> その他 ()				

なお、本登録期間につきましては、登録施設より申し出がない限り、有効とさせていただきます。