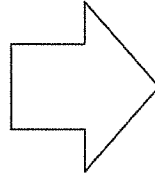


近畿様式 A

(送付枚数：本紙含め 枚)

送 信 元	(被災県) 看護協会
	担当者：
	FAX：



宛 先	兵庫県看護協会
	事務局：
	FAX：078-361-6652

近畿地区看護協会災害状況連絡様式 A- 報

災害： _____ について

現時点の被害状況及び支援要請は下記のとおりです。

< 年 月 日 時 分現在 >

1. 府県協会の職員・建物等の被害状況	
○建物の被害	1. なし 2. あり (被害状況： _____)
○通信手段の影響	1. なし 2. あり (今後の通信手段：電話・FAX・メール・その他)
○設備・備品等の破損	1. なし 2. あり
○ライフラインの障害	1. なし 2. あり (被害状況： 電気 ・ ガス ・ 水道)
○役職員への被害	1. なし 2. あり (被災状況： _____)
○業務遂行への影響	1. なし 2. あり (影響の程度：全面不可・一部不可)
2. 会員及び地域からの支援要請	
○会員施設からの要請	1. なし 2. あり (_____) 3. 不明
○地域からの要請	1. なし 2. あり (_____) 3. 不明
3. 支援の要否	
○災害支援ナースの派遣	1. 不要 2. 要 (自県のみで対応) 3. 要 (他県からの支援) 4. 検討中
○物資の送付	1. 不要 2. 要 (_____) 3. 検討中
4. 交通機関への影響、特記・その他連絡事項	
* 兵庫県看護協会記入欄	受理日時： 年 月 日 : 受理者： 受理方法：FAX・電話・メール・その他

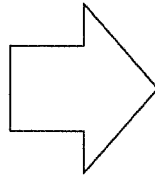
☆兵庫県看護協会への連絡方法☆

①FAX:078-361-6652 ②電話:<代表>078-341-0190 ③eメール:h-saigai@hna.or.jp

近畿様式 B

(送付枚数：本紙含め 枚)

送 信 元	(被災県) 看護協会
	担当者：
	FAX：



宛 先	兵庫県看護協会
	事務局：
	FAX：078-361-6652

* 活動場所 No は場所ごとに終了まで同じ番号を付与してください

近畿地区看護協会災害支援ナース派遣要請票 - 活動場所 No () - 報

下記のように災害支援ナース派遣を要請します。

< 年 月 日 時 分現在 >

活動場所 (必須)	名称：
	住所：
	電話番号：
	責任者
支援期間	年 月 日 () ~ 年 月 日 ()
必要人数	人/1日あたり
現地で連絡を 取る相手 (必須)	氏名：
	所属：
	連絡先：電話 携帯電話 その他
交通ルート * 地図は別紙添付も可	* 最も近いターミナル駅から施設の最寄駅、施設所在地までの可能なルートを記載
ライフライン	<input type="checkbox"/> 電気使用： 可 ・ 不可 <input type="checkbox"/> 水道使用： 可 ・ 不可 <input type="checkbox"/> ガス使用： 可 ・ 不可 <input type="checkbox"/> 電話使用： 可 ・ 不可 <input type="checkbox"/> その他：
災害支援ナースへの支援環境	<input type="checkbox"/> 寝具提供： あり ・ なし ・ その他 () <input type="checkbox"/> 食事提供： あり ・ なし ・ その他 () <input type="checkbox"/> 保清方法： シャワー ・ 清拭 ・ その他 ()
その他 (特に持ってきた方が良いと思われるもの・注意事項等)	
* 兵庫県看護協会記入欄	受理日時： 年 月 日 : 受理者： 受理方法： FAX・電話・メール・その他

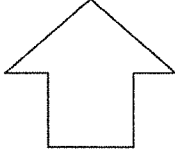
☆兵庫県看護協会への連絡方法☆

①FAX:078-361-6652 ②電話:<代表>078-341-0190 ③eメール:h-saigai@hna.or.jp

近畿様式 C

(送付枚数：本紙含め 枚)

(被災県)	看護協会
送 信 元	担当者： FAX： メール：
	電話：



宛 先	兵庫県看護協会
	事務局： FAX：078-361-6652 メール：h-saigai@hna.or.jp

近畿地区看護協会災害支援ナース派遣候補者リスト - 第 () 報

< 年 月 日 時 分現在 >

兵庫県看護協会に送信後は、この通し番号は絶対に変えないでください。変更・削除等の場合は、その旨を「変更・削除」欄に明記してください。
候補者に追加がある場合は、新しい番号を追加してください。

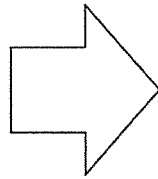
No	変更・削除	ふりがな 名 前	所属施設名	職能 保/助 /看	経験 年数	旅費・ 宿泊費	労災適 応の有 無	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
1																		
2																		
3																		
4																		
5																		
6																		
7																		
8																		
9																		
10																		

*災害支援ナースの所属施設がない場合は「なし」とし、連絡のつく電話番号を書いてください

近畿様式 D

(送付枚数：本紙含め 枚)

送 信 元	(被災県) 看護協会
	担当者：
	FAX：



宛 先	兵庫県看護協会
	事務局：
	FAX： <u>078-361-6652</u>

近畿地区看護協会災害支援ナース派遣要請終了票-第 () 報

災害名： _____ について

下記活動場所への災害支援ナースの派遣要請を終了します。

< 年 月 日 時 分現在 >

活動場所	活動終了予定日
①	年 月 日 ()
②	年 月 日 ()
③	年 月 日 ()
* 兵庫県看護協会記入欄	受理日時： 年 月 日 : 受理者： 受理方法：FAX・電話・メール・その他

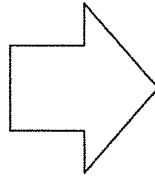
☆兵庫県看護協会への連絡方法☆

①FAX:078-361-6652 ②電話:<代表>078-341-0190 ③eメール:h-saigai@hna.or.jp

近畿様式E

枚数：本紙含め 枚)

送 信 元	(被災県)
	看護協会
	担当者：
FAX：	



宛 先	兵庫県看護協会
	事務局：
	FAX： <u>078-361-6652</u>

近畿地区看護協会災害支援ナース派遣終了票

災害名： _____ について

派遣したすべての災害支援ナースの帰還を確認しましたので、
報告いたします。

< 年 月 日 時 分現在 >

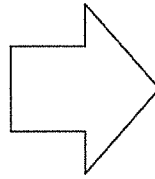
☆兵庫県看護協会への連絡方法☆

①FAX:078-361-6652 ②電話:<代表>078-341-0190 ③eメール:h-saigai@hna.or.jp

近畿様式N

含め 枚)

送 信 元	(被災県) 看護協会
	担当者：
	FAX：



宛 先	兵庫県看護協会
	事務局：
	FAX：078-361-6652

近畿地区看護協会災害支援ナース活動確認事項連絡票

ふりがな 派遣者氏名	ふりがな 氏名
派遣先活動場所	
派遣期間	年 月 日 () ~ 年 月 日 ()
携帯電話	
携帯電話メールアドレス	* 分かりにくい文字等は特にはっきりとご記入ください
緊急連絡先①	氏名： _____ 続柄： _____ 電話番号： _____
緊急連絡先②	氏名： _____ 続柄： _____ 電話番号： _____
希望する物品	<input type="checkbox"/> 寝袋 <input type="checkbox"/> リュック <input type="checkbox"/> 血圧計・聴診器 <input type="checkbox"/> 懐中電灯 <input type="checkbox"/> デジタル体温計 <input type="checkbox"/> その他 (_____)
旅費等の振込先 *いずれか一つを ご記入ください	<input type="checkbox"/> ゆうちょ銀行 番号： _____ <input type="checkbox"/> _____ 銀行・信用金庫 _____ 支店 番号： _____ <input type="checkbox"/> 口座の名義 (カタカナ)： _____
自宅から被災地までの 交通経路について	
備考	

☆兵庫県看護協会への連絡方法☆

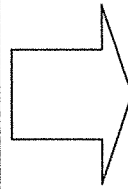
①FAX:078-361-6652 ②電話:<代表>078-341-0190 ③eメール:h-saigai@hna.or.jp

様式 1

(送付枚数：本紙含め 枚)

<平成 年 月 日 時 分現在>

送 信 元	日本看護協会
	看護開発部 看護業務課
	担当者：
	災害専用 FAX：03-6704-8731 電子メール：saigai-na@nurse.or.jp



宛 先	各都道府県看護協会
	会長 様

災害発生に関する報告書-第 () 報

災害発生日	平成 年 月 日 () 時 分ごろ		
被災地域			
災害名			
被害状況	人的被害	死者	人
		行方不明	人
		重傷	人
		軽傷	人
	住家等被害	倒壊家屋	全壊： 棟 半壊： 棟
情報源			
本会の対応	【災害レベル】 1・2・3・未定		

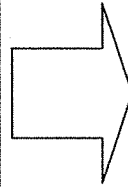
日本看護協会への連絡方法

- ①看護開発部 看護業務課 <災害専用>：(FAX) 03-6704-8731 (TEL) 03-6704-8730
②電子メール：saigai-na@nurse.or.jp

(送付枚数：本紙含め 枚)

<平成 年 月 日 時 分現在>

送	日本看護協会
信	看護開発部 看護業務課
元	担当者：
	災害専用 FAX：03-6704-8731
	電子メール：saigai-na@nurse.or.jp



宛	各都道府県看護協会
先	ご担当者様

災害支援ナース派遣要請-活動場所①-第()報

災害名： _____

下記の依頼内容をご確認の上、派遣が可能な場合は「様式C：災害支援ナース派遣候補者リスト」に必要事項をご記入のうえ、日本看護協会までご返信ください。

*現地の状況により変更されることがあります。

1. 活動場所	名称：
	住所：
	電話番号：
	責任者：
2. 支援期間	平成 年 月 日 () ~ 平成 年 月 日 ()
3. 必要人数	1日あたり 人
4. 現地で連絡をとる相手	氏名：
	所属：
	住所：
	電話番号：
5. 交通ルート	
6. ライフライン	電気 ・ ガス ・ 水道 ・ その他 ()
7. 災害支援ナースへの支援環境	寝具提供： 有 ・ 無 ・ その他 ()
	食事提供： 有 ・ 無 ・ その他 ()
	保清方法： シャワー ・ 清拭 ・ その他 ()
8. その他 (特に持ってきた方がよいと思われるもの・注意事項等)	

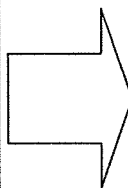
日本看護協会への連絡方法

- ①看護開発部 看護業務課 <災害専用>：(FAX) 03-6704-8731 (TEL) 03-6704-8730
 ②電子メール：saigai-na@nurse.or.jp

(送付枚数：本紙含め 1枚)

<平成 年 月 日 時 分現在>

送 信 元	日本看護協会
	看護開発部 看護業務課
	担当者：
	災害専用 FAX：03-6704-8731 電子メール：saigai-na@nurse.or.jp



宛 先	各都道府県看護協会
	ご担当者様

災害支援ナース派遣決定通知-第(1)報

災害名：_____

月日、17：00 までにご返信いただいた候補者リスト分について、下記のとおり派遣を決定し、当該看護協会に連絡しましたことをお知らせいたします。

活動場所	派遣 依頼数	派遣決定数			
		- /	/ - /	/ - /	/ - /
①	人	人	人	人	人
②	人	人	人	人	人
③	人	人	人	人	人
④	人	人	人	人	人
⑤	人	人	人	人	人

ご協力に感謝申し上げます。

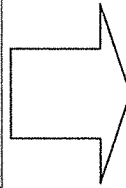
日本看護協会への連絡方法

- ①看護開発部 看護業務課 <災害専用>：(FAX) 03-6704-8731 (TEL) 03-6704-8730
②電子メール：saigai-na@nurse.or.jp

(送付枚数：本紙含め 枚)

<平成 年 月 日 時 分現在>

送 信 元	日本看護協会
	看護開発部 看護業務課
	担当者：
	災害専用 FAX：03-6704-8731 電子メール：saigai-na@nurse.or.jp



宛 先	各都道府県看護協会
	ご担当者様

災害支援ナース派遣要請終了票

災害名：_____

このたび要請のありました施設につき、すべての派遣が決定しましたので、派遣要請を終了いたします。

皆さまのご協力に、心より感謝申し上げます。

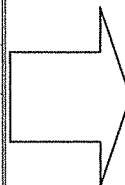
日本看護協会への連絡方法

- ①看護開発部 看護業務課 <災害専用>：(FAX) 03-6704-8731 (TEL) 03-6704-8730
- ②電子メール：saigai-na@nurse.or.jp

(送付枚数：本紙含め 枚)

<平成 年 月 日 時 分現在>

送 信 元	日本看護協会
	看護開発部 看護業務課
	担当者：
	災害専用 FAX：03-6704-8731 電子メール：saigai-na@nurse.or.jp



宛 先	各都道府県看護協会
	会長 様

災害支援ナース活動終了報告

災害名：_____

標記災害における災害支援ナース全員の帰還が確認され、活動は全て終了いたしました。

災害支援ナースの派遣実績は以下の通りです。被災県を除き、_____の都道府県看護協会より、総計 _____名の候補者リストをお送りいただきました。

多大なるご支援・ご協力に心より感謝申し上げます。

活動場所	派遣期間	派遣人数
①	/ ~ /	名
②	/ ~ /	名
③	/ ~ /	名
④	/ ~ /	名
⑤	/ ~ /	名
延人数		名

日本看護協会への連絡方法

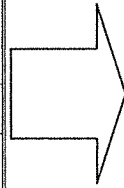
①看護開発部 看護業務課 <災害専用>：(FAX) 03-6704-8731 (TEL) 03-6704-8730

②電子メール：saigai-na@nurse.or.jp

(送付枚数：本紙含め 枚)

<平成 年 月 日 時 分現在>

送 信 元	(被災県)	看護協会
	担当者：	
	FAX：	



宛 先	日本看護協会 会長
	担当部署： 看護開発部 看護業務課
	災害専用 FAX：03-6704-8731
	電子メール：saigai-na@nurse.or.jp

災害状況連絡票-第 () 報

災害： _____ について

現時点の被害状況下記のとおりです。

1. 県協会の役職員・建物等の被害状況			
○建物の被害	1. なし	2. あり→被害状況 ()	
○通信手段の影響	1. なし	2. あり→今後の通信手段 (電話 ・ FAX ・ メール ・ その他)	
○設備・備品等の破損	1. なし	2. あり	
○ライフラインの障害	1. なし	2. あり→被害状況 (電気 ・ ガス ・ 水道)	
○役職員の被災	1. なし	2. あり→被災状況 ()	
○業務遂行への影響	1. なし	2. あり→影響の程度 (全面不可 ・ 一部不可)	
2. 会員及び地域からの支援要請			
○会員施設からの要請	1. なし	2. あり ()	3. 不明
○地域からの要請	1. なし	2. あり ()	3. 不明
3. 災害支援ナースの派遣要否			
	1. 不要	2. 要 (自県のみで対応)	3. 要 (他県からの支援) 4. 検討中
4. 交通機関への影響、特記・その他連絡事項			
※日本看護協会記入欄 レベル1 ・ 2 ・ 3 (決定日： 年 月 日)			

日本看護協会への連絡方法

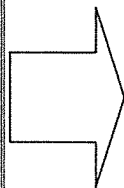
- ①看護開発部 看護業務課 <災害専用>：(FAX) 03-6704-8731 (TEL) 03-6704-8730
 ②電子メール：saigai-na@nurse.or.jp

様式B

(送付枚数：本紙含め 枚)

<平成 年 月 日 時 分現在>

送 信 元	(被災県)	看護協会
	担当者：	
	FAX：	



宛 先	日本看護協会 看護開発部 看護業務課
	担当者
	災害専用 FAX：03-6704-8731
	電子メール：saigai-na@nurse.or.jp

災害支援ナース派遣要請票-活動場所①-第()報

※活動場所ごとに丸番号を付け、終了まで同じ番号を使用してください。本票は、活動場所ごとに作成してください。

下記のように災害支援ナース派遣を要請いたします。

1. 活動場所 (必須)	名称：
	住所：
	電話番号：
	責任者：
2. 支援期間 (必須)	平成 年 月 日 () ~ 平成 年 月 日 ()
3. 必要人数 (必須)	1日あたり 人
4. 現地で連絡をとる相手 (必須)	氏名：
	所属：
	住所：
	電話番号：
5. 交通ルート	※最も近いターミナル駅から施設の最寄駅、施設所在地への利用可能なルートをご記入ください。
6. ライフライン	電気 ・ ガス ・ 水道 ・ その他 ()
7. 災害支援ナースへの支援環境	寝具提供： 有 ・ 無 ・ その他 ()
	食事提供： 有 ・ 無 ・ その他 ()
	保清方法： シャワー ・ 清拭 ・ その他 ()
8. その他 (特に持ってきた方がよいと思われるもの・注意事項等)	

日本看護協会への連絡方法

①看護開発部 看護業務課 <災害専用>：(FAX) 03-6704-8731 (TEL) 03-6704-8730

②電子メール：saigai-na@nurse.or.jp

(送付枚数：本紙含め 枚)

<平成 年 月 日 時 分現在>

送信元	(被災県)	看護協会	宛先	日本看護協会
	担当者：			看護開発部 看護業務課
	FAX：			担当者
				災害専用 FAX：03-6704-8731
				電子メール：saigai-na@nurse.or.jp

災害支援ナース派遣要請終了票-第 () 報

災害名： _____

下記活動場所への災害支援ナースの派遣要請を終了します。

活動場所	活動終了予定日
①	平成 年 月 日 ()
②	平成 年 月 日 ()
③	平成 年 月 日 ()
④	平成 年 月 日 ()
⑤	平成 年 月 日 ()

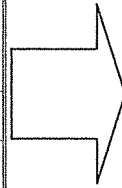
日本看護協会への連絡方法

- ①看護開発部 看護業務課 <災害専用>：(FAX) 03-6704-8731 (TEL) 03-6704-8730
 ②電子メール：saigai-na@nurse.or.jp

(送付枚数：本紙含め 枚)

<平成 年 月 日 時 分現在>

送 信 元	(派遣元)	看護協会
	担当者：	
	FAX：	



宛 先	日本看護協会 看護開発部 看護業務課
	担当者
	災害専用 FAX：03-6704-8731 電子メール：saigai-na@nurse.or.jp

災害支援ナース派遣終了票

災害名： _____

派遣した全ての災害支援ナースの帰還を確認しましたので
報告いたします。

日本看護協会への連絡方法

- ①看護開発部 看護業務課 <災害専用>：(FAX) 03-6704-8731 (TEL) 03-6704-8730
- ②電子メール：saigai-na@nurse.or.jp