

様式 1-2 医療救護班応援要請「依頼書」「回答書」

保健所	
受信	月 日 時 分
受信者	
発信	月 日 時 分
発信者	
TEL	
FAX	
対応	済・未

医療機関名 _____	
受信	月 日 時 分
受信者	
発信	月 日 時 分
発信者	
TEL	
FAX	
対応	済・未
市町村(災対本部)	
受信	月 日 時 分
受信者	
対応済	

次のとおり派遣要請します。

要請元	所在地	必要チーム数	備考
1			
2			
3			

医療救護班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。

医療機関名 ( \_\_\_\_\_ )

派遣回答			派遣可能な場合		派遣不可の場合の理由 を記入
要請元 番号	派遣の可否 (○をつける)	チームの内訳	出発可能 時間	現地までの 交通手段	
1	可 ・ 否	医師 名			
		看護師 名			
		薬剤師 名			
		その他 ( ) 名			
	代表者氏名		連絡先		
2	可 ・ 否	医師 名			
		看護師 名			
		薬剤師 名			
		その他 ( ) 名			
	代表者氏名		連絡先		
3	可 ・ 否	医師 名			
		看護師 名			
		薬剤師 名			
		その他 ( ) 名			
	代表者氏名		連絡先		