

(様式 2 1)

救護班派遣要請書

様

発信者 所属機関
職氏名

事務担当者
TEL
FAX

発信日時 月 日 時 分

下記の事故に際し、(協定名等) に基づき、次のとおり救護班の派遣を要請します。
派遣の可否について、下欄※に記載し、折り返しご連絡ください。

[事故の内容] 月 日 時 分に で発生した事故 ()
[事故の状況等]

派遣先	派遣期間	要請する班数	携行物/服装等	移動手段 周囲の状況等	特記事項	※ 派遣の可否
	月 日 ~ 月 日	班 1 班当たり 希望構成員 医師 名 (内科・外科) 看護師 名 名 名				
	月 日 ~ 月 日	班 1 班当たり 希望構成員 医師 名 (内科・外科) 看護師 名 名 名				
	月 日 ~ 月 日	班 1 班当たり 希望構成員 医師 名 (内科・外科) 看護師 名 名 名				