

様式1 応援派遣依頼書

提出ルート：応援派遣を受ける施設 → 応援派遣を出す施設

応援派遣看護職の応援派遣を下記の通り依頼いたします

応援派遣を受ける施設に関する情報

施設名

所在地 (〒 -)

看護管理者名

施設区分

病院

その他 ()

病床機能区分

高度急性期 急性期 回復期 慢性期

病床数

現在の施設状況

患者受け入れに伴う看護職員不足 院内クラスター発生

職員の感染あるいは濃厚接触者該当等による看護職員不足

その他 ()

希望の応援派遣看護職数

看護師 () 名 准看護師 () 名 助産師 () 名

応援派遣希望期間

20 年 月 日 ~ 20 年 月 日 (計 日間)

応援派遣期間を分けての複数名の応援派遣： 可 不可

応援派遣依頼にかかわる

電話番号：

担当者連絡先

メールアドレス：

担当者氏名： (役職：)

応援派遣看護職への依頼業務や期待している役割

予定の配置部署および

コロナ対応部署

診療科

病棟 病棟以外 ()

非コロナ対応部署

病棟 病棟以外 ()

その他 ()

予定の依頼業務

コロナ患者対応への直接業務

非コロナ患者への直接業務

外回り業務あるいは後方支援業務

その他 ()

期待している役割

応援派遣看護職に求める
経験などの要件（スキル等）

求める経験領域

無 有れば尚可 有

※無以外の場合はチェック

救命救急センター 救急病棟 ICU HCU
コロナ対応部署 発熱外来 一般病棟
その他（ ）

求める経験や技術

無（一般的な看護業務が行える人） 有れば尚可 有

※無以外の場合はチェック

人工呼吸器管理 周術期管理 抗がん剤投与
PPE（N95を含む個人防護具）装着 PCR 検体採取
その他（ ）

予定の勤務シフト

2交替 3交替 その他（ ）

勤務時間： ～

夜勤の有無：無 有（ 日程度）

添付のシフト表参照 シフト表は後日送付予定

応援派遣看護職の宿泊施設等について

宿泊施設

職員寮等の施設利用：可（希望の場合はお知らせください）
不可（現在ご用意できません）

ホテル等施設の用意：有（希望の場合はお知らせください）
無（ご自身で手配をお願いします）

応援派遣の際に必要な感染症に関する抗体検査・ワクチン接種履歴情報等について

抗体検査結果

B型肝炎
麻疹 風疹 流行性耳下腺炎 水痘
その他（ ）

※必要なもの全てにチェック

ワクチン接種履歴

インフルエンザ 新型コロナウイルス
その他（ ）

※必要なもの全てにチェック

その他連絡事項等
