

## 様式4 応援派遣期間終了の報告書

報告ルート：応援派遣を受ける施設 → 応援派遣を出す施設

### 応援派遣を受けた施設の情報

応援派遣を受けた施設名

応援派遣を受けた施設看護管理者名

本報告書作成者

氏名：

役職：

メールアドレス：

電話番号：

### 応援派遣看護職の情報

応援派遣を出した施設名

応援派遣看護職名

応援派遣期間 20 年 月 日～ 月 日（計 日間）

応援派遣期間中の勤務状況

労働日数：（ 日， 時間）

夜勤：無 有（ 日， 時間）

時間外労働の発生：無 有（ 時間）

休日日数：（ 日， 時間）

欠勤：無 有（ 日）

詳細は添付の勤務シフト参照

応援派遣期間中の勤務部署

コロナ対応部署 非コロナ対応部署

（配置部署）

その他（ ）

応援派遣期間中の主な業務内容

コロナ患者への直接業務

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（ ）

応援派遣期間中の傷病の有無

無 有（有りの場合は詳細を記入）

応援派遣期間終了時の健康状況

特記事項無 有（有りの場合は詳細を記入）

### その他連絡事項等