令和　年　月　日

**提出方法：**

**メール、郵送またはＦAX**

青森県知事　殿

医療機関名

代表者職氏名

**青森県における災害支援ナースの派遣に関する協定締結同意書**

標記について以下の該当する箇所いずれかにチェックを入れ、ご提出ください。

[ ] 　青森県における災害支援ナースの派遣に関する協定の締結について、同意します。

[ ] 　青森県における災害支援ナースの派遣に関する協定の締結について、同意しません。

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関住所 | 〒 |
| 代表者役職 |  |
| 代表者氏名 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 連絡担当者氏名 |  |
| 所属部署 |  |
| 役職 |  |
| 電話 |  |
| メールアドレス |  |

【提出先】

青森県保健医療福祉部医療薬務課

災害支援ナース担当　宛

E-mail：iryo@pref.aomori.lg.jp

〒030-8570　青森市長島1丁目1-1

FAX ：029-301-6203