

別紙 1

宛先	鳥取県福祉保健部医療政策課 山崎 行
	ファクシミリ：0857-21-3048
	E-mail：yamasakis@pref.tottori.jp

東日本大震災にかかる保健師等の派遣について	
回答者	市町村名 _____ 所 属 _____ 職・氏名 _____ 電話番号 _____
派遣の可否 (派遣が可の場合下記について 記入をお願いします)	可 () 否 ()
チームでの派遣の可否 (保健師2名、運転手1名)	可 () 期日： 月 日 ～ 月 日 期日： 月 日 ～ 月 日 期日： 月 日 ～ 月 日 否 ()
チームでの派遣が困難な場合 保健師の派遣の可否 (県又は他市町村の職員と一緒に 1チームを組むことになり ます)	可 () 期日： 月 日 ～ 月 日 (人) 期日： 月 日 ～ 月 日 (人) 期日： 月 日 ～ 月 日 (人)