

○ ○ ○ ○
令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

厚生労働省健康・生活衛生局健康課長 殿

○○都道府県知事
(公印省略)

令和○年○○災害に係る保健師等チームの応援要請について

令和○年○月○日(○)に発生した○○災害について、防災基本計画及び厚生労働省防災業務計画に基づき、下記のとおり保健師等チームの応援要請をいたしますので、御対応いただきますようお願い申し上げます。

記

1 保健師等チームの応援派遣を要請する事由

例) 都道府県下○か所に避難所が開設され、避難者の健康支援活動に当たる保健師等の人員が大幅に不足しています。また、協定を締結している自治体への協力を要請しているものの、協定内での対応だけでは不十分であると判断したため、要請を行うこととしました。

なお、本要請については、当都道府県知事との協議の上、判断したものです。

2 必要とするチーム数

保健師等チーム ○チーム

3 応援派遣を必要とする期間(応援要請期間)

令和○年○月○日(○)から○月○日(○)まで

4 応援派遣先と具体的な活動内容等

例) ○か所の避難所へ配置を想定。

避難所における住民の健康管理及び在宅における要支援者の健康管理

5 災害相互応援協定の活用について

例) 現在活用している(○○県○チーム、令和○年○月○日から○月○日)

例) 活用していない

6 応援派遣元都道府県との調整窓口

例) 自治体名

部署名
調整担当者氏名
役職
電話番号（平日）
電話番号（夜間・休日）
FAX
E-mail
(連絡可能な日時)

7 その他

<問合せ先>

〇〇県〇〇〇局〇〇課 〇〇、〇〇

T E L : xx-xxxx-xxxx (内線〇〇、〇〇)

xx-xxxx-xxxx

F A X : xx-xxxx-xxxx

E-mail : xxxx@xx.jp