



※1チーム1シートの記入をお願いします。応援派遣チームが複数ある場合は、チーム毎に様式を提出してください

### 保健師等チーム応援派遣計画票

チーム全体の 応援派遣可能期間	20泊21日	記載日	4月20日
被災都道府県での 交通手段	自家用車	公用車の場合 現地での終日活用	可

※可・不可を  
ドロップダウンで選

- <記入方法>黄色セル部の記入をお願いいたします。
- ①区分:プルダウンより班責任者、班副責任者、応援派遣者を選択して下さい。
  - ②電話番号:番号の後に(公用)または(私用)を記載して下さい。
  - ③★…到着日  
○…活動日  
☆…交代・引継ぎ  
最終…チームの活動最終日
  - ④1チーム内に班が複数ある場合は、下記表を参考に最終活動日まで記入して下さい。  
第2班以降は到着日の入力不要です。
  - ⑤記入例を参考に、班毎にセルに色づけをお願いします(色は自由です)。

- <記入時の留意事項>
- ※応援派遣者数や応援派遣日程に応じて下記表の列・行を追加して下さい。
  - ※先々の班構成が不明の場合は、決定している部分までの記載で可です。
  - ※変更・追記時は、赤字修正し再度保健指導室まで提出して下さい。  
(修正時は、班交代の3日前を目安に修正版を提出いただきますようお願いいたします。)

※このセルの日付を変えれば、  
他の日付が全て変更されます

都道府県名	自治体名	担当者窓口							氏名	区分	職種	5/20	5/21	5/22	5/23	5/24	5/25	5/26	5/27	5/28	5/29	5/30	5/31	6/1	6/2	6/3	6/4	6/5	6/6	6/7	6/8	6/9	6/10	6/11	6/12	6/13	6/14	6/15
		部署名	役職	調整担当者 氏名	電話番号 (平日)	電話番号 (夜間・休日)	FAX	E-mail				木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火
〇〇県	〇〇市	保健福祉局 健康医療部 健康増進課	参事	〇〇 〇〇	00-0000-0000(公用)	00-0000-0000(私用)	00-0000-0000	aa.aaaa@pref.lg.jp	〇〇 〇〇	班責任者	保健師	★	○	○	○	○	○	★																				
									□□ □□	班副責任者	保健師	★	○	○	○	○	○	★																				
									△△ △△	応援派遣者	事務職	★	○	○	○	○	○	★																				
									◇◇ ◇◇	班責任者	保健師						☆	○	○	○	○	○	○	○	☆													
									×× ××	班副責任者	保健師						☆	○	○	○	○	○	○	○	☆													
									◎◎ ◎◎	班責任者	保健師														☆	○	○	○	○	○	最終							
									■ ■ ■ ■	班副責任者	保健師														☆	○	○	○	○	○	最終							
									▽▽ ▽▽	応援派遣者	事務職														☆	○	○	○	○	○	最終							