

(都道府県名) 衛生主幹部 (局) 長 殿

厚生労働省健康・生活衛生局健康課長

令和○年○○災害に係る保健師等チームの応援派遣調整結果について

令和○年○○災害に係る保健師等チームの応援派遣可否について、御回答いただきありがとうございました。

下記のとおり、応援派遣を調整した結果をお知らせいたします。以後の詳細な調整につきましては、被災都道府県の担当者と直接行っていただきますようお願いいたします。

また、「保健師等チーム派遣調整システム」に登録いただいたチーム情報（派遣期間やメンバー等）に追記、変更又は修正が生じた場合には、速やかにシステム登録情報を更新の上、編集した旨を被災都道府県へ御連絡いただくようお願いいたします。

記

1 応援派遣先 ○○都道府県

2 活動開始日 令和○年○月○日 (○)

※ 活動期間は、災害対応活動を行う期間のみを指し、被災都道府県又は被災市区町村との往復に必要な期間は含まない。そのため活動開始日は、応援派遣先において災害対応活動を行う初日を指す。

3 担当者連絡先

・担当者 : ○○県庁○○部○○課○○係 ○○氏、○○氏

・TEL/FAX : 000-0000-0000 / 000-0000-0000

・E-mail : ○○○○○○@○○.jp

4 その他 (先方の希望に応じて) 応援派遣先都道府県への電話連絡につきましては、令和○年○月○日 (○) ○時以降をお願いいたします。

※なお、以後は応援派遣の延長や応援派遣先の変更等がある場合にも、改めて同様の文書発出は行いませんので御承知おきください。

<問合せ先>

厚生労働省健康・生活衛生局健康課

保健指導室 ○○、○○

T E L : 03-5253-1111 (内線○○、○○)

○○-○○○-○○○

F A X : ○○-○○○-○○○

E-mail : 3hoken@mhlw.go.jp

緊急連絡先 : 090-2464-4829