

事 務 連 絡
令 和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

(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要請につきまして、当課において、下記のとおり応援派遣の調整を行いましたので、御連絡いたします。

詳細につきましては、保健師等チーム派遣調整システムより「割当確定済み派遣チーム全詳細」を御確認いただくとともに、今後の詳細な調整につきましては、応援派遣元都道府県と直接行っていただきますようお願いいたします。

記

1 応援派遣調整結果

保健師等チーム派遣調整システム「割当確定済みチーム全詳細」 参照

2 その他

- ・（応援派遣元の自治体から貴自治体へ電話連絡をするよう伝えておりますので、）今後の詳細な調整は、自治体間で行っていただきますようお願いいたします。
- ・被災者に対する健康調査や避難所の調査票（アセスメントシート）等、貴自治体で定められた記録様式がある場合は、活動開始当初から応援派遣元の自治体、保健師等チームへ提示いただきますようお願いいたします。

<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