

至 急

事 務 連 絡
平成 23 年 3 月 25 日

会 員 各 位

社団法人全日本病院協会
会 長 西 澤 寛 俊

被災地への医師等の医療従事者の派遣協力に係る 事前登録について（再依頼）

平素より本会の諸活動にご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

今般の東北地方太平洋沖地震において、被災地では医療機関の被災により、他地域からの医師等の医療従事者の派遣を必要としている状況にあります。

ついては、3月17日付事務連絡にて一度ご依頼を申し上げたところでございますが、大規模な被害の生じている県（岩手県、宮城県及び福島県）について、厚生労働省あるいは被災地の会員病院からの具体的な医師等の派遣要請があった場合には、ボランティアによる医師等の医療従事者の派遣を依頼させていただきたく、派遣にご協力いただける会員病院におかれましては、別紙により、事前に派遣可能な医療従事者数について当協会事務局までご登録いただきますようお願いいたします。

できる限り御協力をいただきますよう宜しくお願いいたします。

なお、前回のご依頼の際にご登録いただいた医療機関におかれましては、再度登録いただく必要はございません。（前回登録内容から変更がある場合には、ご連絡をお願いいたします。）

※今後、厚生労働省等から具体的な派遣依頼案件があった場合には、事前登録いただいた会員病院へ別途ご連絡させていただきます。

<連絡先>

社団法人 全日本病院協会
全日本病院協会災害対策本部
担当：小室、祝、松村
電話 03-3234-5165
FAX 03-3237-9366

(別 紙) 被災地への医療従事者等派遣事前登録書

貴院名			
住 所			
担当者			
TEL		FAX	

派遣可能な職種	派遣可能な期間			人数
医 師				人
(内 科)	1 週間程度	2 週間程度	それ以上	人
(外 科)	1 週間程度	2 週間程度	それ以上	人
(科)	1 週間程度	2 週間程度	それ以上	人
(科)	1 週間程度	2 週間程度	それ以上	人
(科)	1 週間程度	2 週間程度	それ以上	人
看 護 師	1 週間程度	2 週間程度	それ以上	人
	1 週間程度	2 週間程度	それ以上	人
	1 週間程度	2 週間程度	それ以上	人

※ 期間については、該当する期間に○をつけてください。

【回答送付先】

全日本病院協会 FAX 03-3237-9366 又は 03-3234-5206