

【様式－1】 支援医療機関用

COVID-19 透析スタッフ支援事業本部 様（事業担当者 宛て）

## 支 援 医 療 機 関 登 録 票

令和      年      月      日	
当医療機関を透析スタッフ支援医療機関として登録致します。 ただし、業務の状況等により派遣できない場合があることをご承知おきください。	
代表者 連絡先	(フリガナ) 医療機関名: _____ 氏名: _____ 所属: _____ 役職: _____ 〒 _____ 住 所: _____ T E L : _____ F A X : _____ E - mail: _____
派遣希望業務内容 (○で選択ください)	[Ns] ・人工透析看護業務 ・ 透析患者搬送 ・ 体重測定 ・ 穿刺 ・ 返血 ・ 透析中の状態観察、およびバイタルサイン測定 ・ 環境整備 ・ シーツ交換 [CE] ・人工透析室内の一般透析業務 ・トラブル対応 ・装置保守 ・点検 その他( _____ )
派遣可能職種と人数 (見込み)	看護師 _____ 人 (同時派遣可能人数 _____ 人) 氏名 _____ 臨床工学技士 _____ 人 (同時派遣可能人数 _____ 人) 氏名 _____ *詳細については、別途、様式-2 または 様式-3を記載の上添付願います。
支援医療機関名の公開	可 ・ 否
活動報告の公開	可 ・ 否
およその派遣可能期間 (○で選択ください)	・3～5 日程度 ・1 週間程度 ・その他( _____ )
その他 (連絡事項がありましたら ご記載ください)	_____

* 事業本部記載欄: 登録日      年      月      日
-------------------------------------