

北海道知事 様 (保険福祉部健康安全局地域課)様

ならびに COVID-19 透析スタッフ支援事業本部 様 (事業担当者 宛て)

## 派 遣 要 請 書

派遣依頼日 令和 年 月 日 ( 時 分 現在)	
当施設において下記の通り、透析支援看護師・臨床工学技士の派遣を要請致します。	
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:
派遣希望の理由 (○で選択ください)	・当施設において、感染症のクラスターが発生したため ・他( )
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: ・人工透析業務 ・人工透析関連機器の保守 その他( )
派遣希望人数	看護師 人、臨床工学技士 人
派遣希望期間 (予定を○で選択ください)	・3～5日程度 ・1週間程度 ・その他( )
受援施設等の状況 (○で選択ください)	感染者数 人 感染管理専門家等の相談 ( 必要 ・ 不要 ・ 他 ) ゾーニング ( 未 ・ 済 ・ 他 )
個人防護具の有無等 1...十分ある 2...ある 3...不足している 4...ない	医療用マスク( ) N95 マスク( ) 手袋( ) ゴーグル( ) フェイスシールド( ) キャップ( ) シューズカバー( ) エプロン( ) 上靴( ) アイソレーションガウン( )
その他 (連絡事項)	

\* 事業本部記載欄: 登録日

年 月 日