

災1-1 人材派遣要請連絡票(集計表)

発信元	発信先
市町村	保健所
保健所	本庁

保健所名：

報告者：

日時：平成 年 月 日 時 分現在

職種名	目的	期間	人数	備考

詳細は別添のとおり (災1-2 管理栄養士等派遣要請書 枚)

連絡事項