

ボランティアナース依頼内容（救護用）確認票

記載者（ ）

依頼日	令和 年 月 日（ ） 担当者（ ）
依頼元情報	名称： 住所：(〒) 連絡先：TEL：()－()－() FAX：()－()－() Emeill: _____ @ _____
依頼内容	イベント名等： イベント内容： ----- 開催場所： 住所(〒) 開催期間： 令和 年 月 日()～ 年 月 日()
	① 年 月 日() 時間： : ~ : (名) ② 年 月 日() 時間： : ~ : (名) ③ 年 月 日() 時間： : ~ : (名)
	依頼人数： 名 依頼資格：() 保健師 () 助産師 () 看護師 () 准看護師 経験年数：() _____年以上を希望 () 経験不問
	(業務内容) ----- ----- -----
謝金	謝金 時給/_____円 日給/_____円 その他/_____円 支払方法 ・当日手渡し ・振り込み ・その他の方法 交通費 ・実費支給 ・規定あり (Km _____円) ・交通費なし ・フェリー代(可・不可) 高速代(可・不可) 駐車場代(可・不可) その他 ・弁当代支給等()
保険加入	イベント保険などの適応 有：・イベント保険加入 () ・その他保険制度あり () ・往復の時間の保険対応(対象に含む 対象に含まれない) 無：()
その他確認事項	・駐車場の準備 (あり・なし) ・個人で準備が必要なもの(あり・なし) () () ・緊急時の連絡先(氏名 _____) (電話番号 _____)
備考	