

公印省略

令和4年〇月〇日

(派遣元施設)の長 殿

(派遣先施設)の長 殿

福岡県看護協会長

応援看護職員派遣決定通知

(派遣元施設)から(派遣先施設)への応援看護職員の派遣について、下記のとおり決定しましたので、通知します。

記

派遣元施設名 (住所)		
派遣職員氏名		
派遣先施設名 (住所)		
派遣部署		
派遣期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	
勤務時間	: ~ :	
担当者	派遣元 (連絡先)	(名 前) (部 署) (電話番号)
	派遣先 (連絡先)	(名 前) (部 署) (電話番号)

様式第3号-2

公印省略

令和4年〇月〇日

(派遣要請施設)の長 殿

福岡県看護協会長

応援看護職員派遣調整不可通知

〇年〇月〇日に貴施設から要請のありました応援看護職員の派遣について、大変申し訳ございませんが、応援可能な看護職員の調整ができませんでしたので、その旨通知します。