看護師手配申込書

看護師手配取引条件書の内容を了承の上、看護師手配を申込みます。

学校名

学校長(代表者)　　職印

※本書ご記入後、お手数ですが先にFAXをお願い致します。その後、原紙はご郵送下さい。

看護師手配人数	名　□ 男性看護師可
日程	～
行先	
看護師手配地域	□ 出発地から同行　□ 現地(行先)のみ同行　(※手配不可地域の場合は事前にご相談致します)
貴校 TEL/FAX	TEL　FAX
貴校所在地	〒 最寄駅:
旅行担当	フリガナ 先生
保健担当	フリガナ 先生
養護教諭	フリガナ 先生　□ 同行　□ 同行なし
参加予定	学年　名 (男　名 : 女　名)
看護師への要望事項	
注意事項	・原則医療行為はできません。特別な医的対応が必要な場合は事前にご相談ください。 ・行程に同行を必要とするハードなアクティビティが含まれる場合は事前にお知らせください。 ・深夜の対応や不眠不休での対応が発生した場合は日中に休ませていただきます。

※ 行程表も合わせてお願い致します。

※こちらの行程に関しましてお取扱いの旅行会社がある場合はご記入下さい。弊社から旅行会社のご担当者様にも詳細の確認を入れさせて頂く可能性がございます。

取扱旅行会社	会社名	
	担当者	フリガナ (携帯電話番号)
	TEL	FAX
	備考	

株式会社アテンダントナース
〒604-8151京都市中京区蛸薬師通烏丸西入ル橋弁慶町227　第12長谷ビル9階
TEL(075)254-7872 ／ FAX(075)212-7048　info-an1@attendant-nurse.co.jp