

2024年2月9日

薬剤師の皆様へ(支援薬剤師の募集について)

令和6年能登半島地震でお亡くなりになられた方々のご冥福をお祈り申し上げるとともに、今なお困難な生活が続いている被災者の皆様に、心からお見舞い申し上げます。

現在、東京都薬剤師会では、日本薬剤師会の要請を受け、被災地である石川県へ薬剤師を派遣する調整を行っております。

支援活動にご参加いただける方(薬剤師であれば、薬剤師会の会員・非会員を問いません)は、下記の登録フォームもしくは登録票に必要事項をご入力の上、登録をお願いいたします。ご登録いただいた後、当会にて調整し、あらためてご連絡させていただきます。

ご質問等の連絡につきましては、事務局の混乱を避けるため Email にてお願いいたします。また、ご登録いただいても、調整状況によっては派遣をお願いしない場合もございますので、あらかじめご了承ください。

なお、現地では厳しい寒さ、及び大雪への警戒が続く中、危険を伴う支援活動となり得ますことを十分ご承知いただいた上で、お申し出くださいますよう、お願いいたします。

●災害派遣薬剤師登録フォーム(令和6年2月分)

<https://forms.gle/XaUXH7YKdzQGWRzi9>

●災害派遣薬剤師登録フォーム(令和6年3月分)

<https://forms.gle/Hov87FEp7Cc32PmG6>

*派遣に係るお問い合わせは(ご登録後の調整状況も含む)、全てメールにてお願いいたします。

*交通費・宿泊費につきましては、当会にて負担いたします。

※ 連絡先 Email アドレス : d.toyaku@gmail.com

連絡先 : 東京都薬剤師会事務局 薬局業務課

FAX : 03-3294-7359

E-mail : d.toyaku@gmail.com

令和6年能登半島地震 支援薬剤師登録票 (HP掲載)

フリガナ

【氏名】 _____ 【年齢】 _____ 歳 【性別】 男 ・ 女

連絡用Eメールアドレス _____

東京都薬剤師会における 会員 ・ 会員外 _____

連絡先 (携帯) : _____

勤務先名称 : _____

現地における自動車運転 : 可 ・ 否 _____ 雪道含む

自宅住所 : 〒 _____

☆原則、出発日から4泊5日になりますが、
変更になる場合があります。出発日の前後に
余裕のある方は、そちらもご記入願います。

《令和6年3月》※ 活動可能な出発日に「○印」をご記入ください。

日	月	火	水	木	金	土
2/25	2/26	2/27	2/28	2/29	3/1	3/2
3	4	5 (出発日)	6	7	8	9 (出発日)
10	11	12	13 (出発日)	14	15	16
17 (出発日)	18	19	20	21 (出発日)	22	23
24	25 (出発日)	26	27	28	29 (出発日)	30