



各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会 会 長
福岡県医師会災害対策支援本部本部長
蓮 澤 浩 明
(公 印 省 略)

令和 6 年能登半島地震に係る JMA T の派遣について (お願い)

令和 6 年 1 月 1 日の石川県能登地方を震源とした標記地震により被災地では甚大な被害が発生していることから、日本医師会より、石川県医師会からの支援要請に基づく JMA T の派遣依頼がありました。

本会では、1 月 5 日に「福岡県医師会災害対策支援本部」を設置するとともに先遣隊として JMA T を 4 チーム派遣することとし情報収集に努めておりましたが、今般、日本医師会より 1 月一杯を目途とした JMA T 派遣の継続依頼がありました。

本会といたしましては、被災地に大きな医療ニーズが発生している状況を鑑み、被災地の支援要請に応じて今後も継続して JMA T を派遣することといたしました。

つきましては、派遣する JMA T を別添のとおり募集いたしますので、貴会役員及び JMA T 責任者等の会員により JMA T を編成していただき、派遣が可能な場合には、下記により別紙の申込書に必要事項を記入のうえ、貴会から F A X (092-411-6858) でお申込いただきますようよろしくお願い申し上げます。

なお、

- 1) 派遣の有無は、チームの責任者に直接連絡するとともに各医師会にもお知らせいたします。
- 2) お申込いただいても派遣できない場合や、派遣が決定した後に被災地のニーズの変化等により派遣中止や内容変更となることもありますのでご了承ください。
- 3) 申込の状況により、締切前に派遣チームを決定する場合がありますので、ご了承ください。
- 4) JMA T 責任者には、本会より直接、本通知の発出をお知らせします。

記

<募集概要>

○活動拠点：公立能登総合病院（石川県七尾市藤橋町ア部 6 番地 4）

○活動内容：避難所避難者の健康管理等

○人 数：各日程で 1 チーム/4 名（医師 1 名、看護師 2 名、事務 1 名等の構成）
※チーム構成は事務を減らし薬剤師を追加したり、郡市医師会での混成チームで編成したりする等は構いませんが、宿泊手配等の都合上 4 名でお申込ください。

○日 程：① 1 月 18 日（木）～21 日（日） ② 1 月 21 日（日）～24 日（水）
③ 1 月 24 日（水）～27 日（土） ④ 1 月 27 日（土）～30 日（火）
※ 2 月以降の募集については、支援要請に応じてご案内いたします。

○申込締切：日程① ⇒ 1 月 12 日（金）12 時まで
その他日程 ⇒ 1 月 15 日（月）12 時まで

○備 考：派遣の詳細は、別紙募集要綱によりご確認ください。

(別 紙)

送付先：福岡県医師会地域医療課 水崎・柴田 宛

FAX：092-411-6858

「日本医師会災害医療チーム（JMAT福岡）」申込書

（令和6年能登半島地震に係るJMAT派遣）

医師会名： _____ 医師会

○申 込 日 令和6年1月 _____ 日

○希望期間 ※いずれかに☑してください。

☐ ① 1月18日（木）～21日（日） ☐ ② 1月21日（日）～24日（水）

☐ ③ 1月24日（水）～27日（土） ☐ ④ 1月27日（土）～30日（火）

○チーム構成員

No.	氏 名	フリガナ	年齢	性別	所 属	職種	緊急連絡先	専門分野	メールアドレス
1 (責任者)									
2									
3									
4									

＜責任者連絡先＞

- ・ 所属医療機関名：
- ・ 郵便番号・住所：
- ・ T E L：

※全て必須項目です。全ての項目を埋めてお申込ください。

※派遣の有無及び派遣詳細は、決定次第、本会よりチーム責任者及び郡市医師会へお知らせいたします。

※お申込いただいても派遣できない場合や、派遣が決定した後に被災地のニーズの変化等により派遣中止や内容変更となることもありますので
ご了承ください。