

(様式 1 1)

災害状況連絡票 (支部→福島県看護協会)

福島県看護協会 災害対策本部行 FAX024-991-5560

報告日時	20 年 月 日 () (西暦)	時現在
発信者	支部名	
	氏名	所属名
	TEL	FAX

下記により概況を連絡します。

災害の種類	1. 地震 2. 津波 3. 火山噴火 4. 事故 5. その他 ()
被災地名	
被災発生時間	20 年 月 日 () (西暦) 時 分
被災状況	1. 建物の被害 ・なし ・あり () 2. 通信手段の有無 ・なし ・あり () 3. 死傷者の発生 ・なし ・あり 死亡者(約)名 負傷者(約)名 4. ライフラインの障害 ・なし ・あり (交通・水道・電気・ガス)
支援要請	1. 会員施設から ・なし ・あり () 2. 地域から ・なし ・あり () 3. 物資の送付 ・不要 ・要 () 4. 災害支援ナース派遣 ・不要 ・要 ()
その他連絡事項

協会処理欄	受理日時	年 月 日 時
	受理者	
	受理方法	・FAX ・TEL ・メール ・その他