様式 A

災害状況連絡票(支部→東京都看護協会)

東京都看護協会　危機管理室行　　FAX 03-6300-0875
saigai@tna.or.jp

報告日時	西暦　　年　　月　　日　　時　　分　現在
発信者	氏　　名:
	支 部 名:
	所属施設:
	T　E　L:
	F　A　X:
	メールアドレス:

災害が発生しましたので、下記により概況を連絡します。

災害の種類	1　地震　　2　噴火　　3　水害　　4　事故 5　その他(　　)
発生時間	西暦　　年　　月　　日(　　)　　時　　分(24 時間表記)
地域周辺の被災状況	1 建物被害　　なし　あり(規模:　　) 2 火災発生　　なし　あり(規模:　　) 3 浸水発生　　なし　あり(規模:　　) 4 通信手段の影響　　なし　あり 今後の通信手段(　　) 5 死傷者　　なし　あり 死亡者(　　)名 負傷者(　　)名 6 ライフラインの障害　　なし　あり(交通・水道・電気・ガス・電話・インターネット)
支援の必要性	なし ・ あり (具体的な支援内容・状況を記入してください)
その他連絡	

東京都看護協会記入欄	受理日時	西暦　　年　　月　　日　　時　　分	管理No.
	受理者		
	受理方法	☐FAX　☐TEL　☐メール ☐その他(　　)	