

災害状況連絡票(施設→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:						
	所属施設:						
	所在地: 区・市・町・村						
	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)
自施設の被災状況	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	<input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> TEL <input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> その他()						