

様式 1-3 市町村災害対策本部の医療救護所設置状況報告書

市町村名	
------	--

発信所属	
発信	月 日 時 分
発信者	
TEL	
FAX	



保健所	
受信	月 日 時 分
受信者	

医療救護所名	所在地 連絡先	受付 時間帯	現在の 収容人 数	トリアー ジ状況 (人数)	物資等不 足状況	その他(ライ フライン、周辺 道路状況等)
		~		重 中 軽		
		~		重 中 軽		
		~		重 中 軽		

※所在地欄には住所だけではなく、補足情報(〇〇小学校北隣や〇〇保健センター内)を記載する。