

## 災害・事故に伴う被害状況報告書（第 報）

（県有施設、災害時要援護者、社会福祉施設等）

健康福祉部

報告者	所属	職・氏名 (内線 )			
発生施設等	名称	職・氏名 (電話 )			
施設から報告を受けた時刻	平成 年 月 日 時 分				
発生日時	平成 年 月 日 時 分				
発生場所					
事案の概要	<p>*被災・事故等発生施設名、被害の状況（特に人命等が損なわれるおそれ） *これまでにとった措置、今後の対応、応援・支援を要する事項等</p> <p>注）必要に応じ地図等を添付すること</p>				
連絡先 (□チェック)	<p><input type="checkbox"/> 健康福祉政策課      <input type="checkbox"/> 医療推進課      <input type="checkbox"/> 地域福祉課      <input type="checkbox"/> 保健・疾病対策課</p> <p><input type="checkbox"/> 介護支援課      <input type="checkbox"/> 障がい者支援課      <input type="checkbox"/> 食品・生活衛生課      <input type="checkbox"/> 薬事管理課</p> <p><input type="checkbox"/> こども・家庭課 (県民文化部)      <input type="checkbox"/> 危機管理部      <input type="checkbox"/> 北安曇地方事務所 地域政策課</p> <p>注) 連絡先欄は各課・所において適宜必要な機関を設定のこと</p>				