

太枠内をご記入ください

災害・事故に伴う被害状況報告書

(県有施設、災害時要援護者、社会福祉施設等)

飯田保健福祉事務所 福祉課

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してください</p>
連絡先 (<input type="checkbox"/> チェック)	<p><input type="checkbox"/> 健康福祉政策課 <input type="checkbox"/> 地域福祉課 <input type="checkbox"/> 障がい者支援課 <input type="checkbox"/> 介護支援課</p> <p><input type="checkbox"/> こども・家庭課</p> <p><input type="checkbox"/> 危機管理部</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>