

(報告書 1 : 会員⇄西京歯科医師会)

被災情報報告書 (新規 : 追加 どちらかに○)

情報内容に更新事項がありましたら、その都度追加報告してください

報告日時	年 月 日 () 時 分現在
報告会員氏名(診療所名)	()
安否情報	会員 : 家族 : スタッフ :
診療所の被災情報	・無 ・有 ・全壊 (損) ・一部損壊 (傷) ・その他 ()
診療の可否	・診療可 ・診療不可 (復旧の見通し :)
自宅の被災	・無 ・有 ()
周囲の被災状況	《電気・ガス・水道等ライフライン》 《街並み、道路状況》
備考、他会員の情報等	(西京よろし会災害医療班 可 ・ 不可) (近隣避難所での活動 可 ・ 不可)
報告者の可能な連絡先	TEL (携帯) FAX メールアドレス その他 ()

報告先 : 西京医師会事務局でまとめて集計いたしますので下記に送信してください

西京医師会事務局 TEL 075-393-5733

FAX 075-393-5644