

会員被災状況報告票(被災者のみ)

【様式 1】

本会対策本部 所属支部長 様

本会 FAX078-945-7871

E-mail hdha@silver.ocn.ne.jp

住 所		氏 名	
電話番号		携帯	
本人・家族の被災 (本人及び家族の被災状況)	本人・家族	被災の程度	状況
	本 人	①安 ・ ②否	
	同居家族(一人でも)	①安 ・ ②否 ③連絡取れず	
	別居家族(一人でも)	①安 ・ ②否 ③連絡取れず	
住家の被災	住家	被災の程度	状況
	持家 ・ 借家 ・その他()	①全壊 ②大規模半壊 ③半壊 ④床上浸水 ⑤床下浸水 ⑥その他() ⑦被災なし	
勤務機関の被災	勤務機関	被災の程度	被災の状況
	勤務先名 (所在地)市・町	①全壊 ②大規模半壊 ③半壊 ④床上浸水 ⑤床下浸水 ⑥その他() ⑦被災なし	①通常診療可能 ②条件付き診療可能 ③診療不可能
	勤務先名 (所在地)市・町	①全壊 ②大規模半壊 ③半壊 ④床上浸水 ⑤床下浸水 ⑥その他() ⑦被災なし	①通常診療可能 ②条件付き診療可能 ③診療不可能
その他の被災			

※ 被災の程度については、当てはまるものをお答えください。 提出先: **本会対策本部及び、所属支部長**

会員被災状況報告票（本部・支部用）

【様式 2】

本会对策本部 様

本会 FAX078-945-7871 E-mail hdha@silver.ocn.ne.jp

（ 支部 ） 報告者氏名 年 月 日 時 報告

会員氏名		被災有は○				
NO	氏 名	本人	家族	住家	勤務先	備考
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						

※ 被災状況

提出先:支部 → 本会对策本部

会員被災状況まとめ（本会）

【様式 3】

年 月 日 時 現在

				被害件数				
NO	支部名	支部会員数	連絡が取れた会員数	本人	家族	住家	勤務先	備考
1	神戸支部							
2	阪神南支部							
3	阪神北支部							
4	東播磨支部							
5	北播磨支部							
6	中播磨支部							
7	西播磨支部							
8	但馬支部							
9	丹波支部							
10	淡路支部							
合 計								

※ 【様式2】の集計表

災害支援歯科衛生士報告票（支部用）

【様式 4】

本会对策本部 様

本会 FAX078-945-7871

E-mail hdha@silver.ocn.ne.jp

（ 支部 ） 報告者氏名 年 月 日 時 報告

会員氏名		支援活動可能日○				
NO	氏 名	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						

提出先:本会

(兵庫県)災害支援歯科衛生士集計票 (本会用)

【様式 5】

年 月 日 時 現在

		支援活動可能日人数				
NO	支部名	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
1	神戸支部					
2	阪神南支部					
3	阪神北支部					
4	東播磨支部					
5	北播磨支部					
6	中播磨支部					
7	西播磨支部					
8	但馬支部					
9	丹波支部					
10	淡路支部					
集計						

※ 【様式4】の集計表

支援歯科衛生士要請連絡票（支部用）

【様式 6】

本会対策本部 様

本会 FAX078-945-7871 E-mail hdha@silver.ocn.ne.jp

（ 支部 ） 要請者氏名 年 月 日 時 現在

		支援の要請日・要請人数				
NO	支援場所	月 日	月 日	月 日	月 日	備 考
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

※ 被災地から本会へ歯科衛生士の支援要請を行う場合に活用する。提出先:本会

支援歯科衛生士連絡票（本会用）

【様式 7】

()支部 宛

年 月 日 時 分 現在 (支部管内の要請)

		支援要請日時 月 日 () 午前・午後				
NO	支援場所	支援歯科衛生士	支援歯科衛生士	支援歯科衛生士	支援歯科衛生士	計
1		(氏名)支部	(氏名)支部	(氏名)支部	(氏名)支部	名
2		(氏名)支部	(氏名)支部	(氏名)支部	(氏名)支部	名
3		(氏名)支部	(氏名)支部	(氏名)支部	(氏名)支部	名
4		(氏名)支部	(氏名)支部	(氏名)支部	(氏名)支部	名
5		(氏名)支部	(氏名)支部	(氏名)支部	(氏名)支部	名
※ 【様式4】【様式5】【様式6】の集計 連絡先:支援要請被災支部						

備蓄支援物資一覧（本会用）

（平成 年 月 日 現在） 【様式 8】

物資種類	数量	備考

※ 平時の備蓄物資の管理

歯科支援物資一覧（本会用）

【様式 9】

支援元（支援企業）	物資種類	数量

※ メーカー等からの支援物資の管理

歯科支援物資発送一覧（本会用）

【様式10】

支援先		
住所	電話	Fax
宅配業者	発送日時	着予定日時

物資種類	数量	備考

※ 被災地への支援物資発送連絡票

歯科支援物資要請連絡票（支部用）

【様式11】

本会対策本部 様

本会 FAX078-945-7871 E-mail hdha@silver.ocn.ne.jp

（ 支部 ） 要請者氏名 年 月 日 時 現在

要請元		
住所	電話	Fax
必要な支援物資	数量	備考

連絡先: 本会

歯科支援物資(着)一覧 (支部用)

平成 年 月 日現在

【様式 12】

[illegible]

歯科支援物資管理一覽（支部用）

【様式 13】

平成 年 月 日 現在

[illegible]