

FAX 送信票（自宅会員）

保存用

平成 年 月 日（ ）

送信先 老人保健施設 アルカディア雨晴 (FAX : 0766-44-8062)

作業療法士 高林 一彦 行

富山県作業療法士会 災害被害状況報告書

報告者氏名

---

連絡先

---

1) 会員安否情報

- ・ 災害による身体的被害：有・無（左記のどちらかに○をつけて下さい。）
  - ・ 上記にて有の場合に状態記載
- 
- 

2) ご自宅の被害状況（被害がある場合記載下さい。）

---

---

3) その他

---

---

\* 担当：老人保健施設アルカディア雨晴 高林一彦  
〒933-0133 富山県高岡市太田桜谷 23- 1  
TEL : 0766-44-8060 FAX : 0766-44-8062

①FAX 送信票

保存用

平成 年 月 日 ( )

病院・施設名

---

作業療法士

様

---

富山県作業療法士会 災害被害状況報告書

病院・施設名

---

報告者氏名

---

連絡先

---

1) 会員安否情報

- ・安否不明者：有・無 (左記のどちらかに○をつけて下さい)
- ・上記にて有の場合に記載

氏名

---

---

---

2) 病院施設被害状況 (以下のどちらかに○を付けてください。)

- ①建物の損壊・倒壊を認め、病院・施設機能停止 ( )
- ②被害はあるが病院・施設機能は維持されている ( )
- ③被害なし ( )

3) その他

②FAX 送信票

保存用

平成 年 月 日 ( )

病院・施設名

作業療法士

様

富山県作業療法士会 災害被害状況報告書

(地区リーダー・サブリーダー以下情報収集者用送信票)

地区名

病院・施設名

報告者氏名

1) 会員安否情報

連絡を受けた病院・施設総数 件 / 件中

安否不明者：有・無

有りの場合：施設名 氏名

未連絡病院・施設名 (合計 件)

2) 病院・施設被害状況

①建物損壊・倒壊を認め、病院・施設機能停止の病院・施設名 (合計 件)

②被害はあるが病院・施設機能は維持されている (合計 件)