様式３―２

年　　月　　日

下 松 市 長　様

医療施設・訓練実施結果報告書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名 |  |
| 実施日時 | 年　　　月　　　日　　　　　時　　分　から　　　時　　分　まで |
| 実施場所 |  |
| 想定災害（該当する□にチェックをする。） | □　洪水　　　□土砂災害　　　□高潮　　　□津波　　□内水□　その他の災害（　　　　　　　　） |
| 訓練種類・内容（該当する□にチェックをする。） | □　図上訓練 | □　情報伝達訓練 |
| □　避難経路の確認訓練 | □　立退き避難訓練 |
| □　垂直避難訓練 | □　持ち出し品の確認訓練 |
| □　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| （訓練内容を適時自由記載） |
| 訓練参加者・参加人数 | 職　員（全員・一部）　　　　　　　　　　　　　　　　名患者等（全員・一部）　　　　　　　　　　　　　　　　名その他訓練参加者：消防団等　　　　　　　　　　　　　名地域の協力者　　　　　　　　　　　名その他（　　　　　　　）　　　　　名 |
| 訓練実施責任者 | 職　　　　　　　　　　　　氏名 |
| 確認事項 | □　避難支援に要した人数 | 名 | □　避難に要した時間 |  時間　　　分 |
| □　避難先や避難経路の安全性 |
| その他 |
| 訓練によって確認された課題とその改善方法等 |  |
| 訓練記録作成者 | 職　　　　　　　　　　　　氏名 |

 |