発災時保健師行動計画　　作成日

**様式１０**

１　個人情報

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 |  | 連絡先 | [携帯電話][その他] |
| 自宅住所 |  | 避難先 |  |
| 家族構成（年齢） |  |  |  |

２　所属情報

|  |  |
| --- | --- |
| 所　属 |  |
| 所在地 |  |
| 連絡先 | [電話]　　　　　　　　　　　　[FAX] |
| 出勤手段（所要時間） | （　　　　分） |

３　勤務時間外、交通機関や道路の遮断等により勤務地に出勤できない場合の対応

|  |  |
| --- | --- |
| 出勤場所 | （所在地） |
| 出勤手段（所要時間） | （　　　　分） |

４　出勤時携帯品

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 携帯品・服装 | ﾁｪｯｸ |  | 携帯品 | ﾁｪｯｸ |
| １ | 衣類 防寒着 防寒具 |  | ４ | ３日間程度の食糧・水 |  |
| ２ | リュックサック |  | ５ | 携帯電話 |  |
| ３ | 運動靴 |  | ６ | 常備薬 |  |

《参考》

〇被災地での活動経験　　無　・　有

　時期・場所・内容〈　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〉

〇災害関連研修受講歴　　無　・　有

　時期・内容等　〈　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〉