

(様式 18)

### 救護所設置状況

送信先			
送信時間	月 日	午前・午後	時 分
報告担当者	所属： TEL：	職： FAX：	氏名：

設置場所	医療スタッフの現状	医療スタッフの派遣要望	医薬品等の供給等 支援要望事項	処置した患者数 (累計)
設置日時 月 日 : 連絡方法 連絡担当者	医師： 名 (外科・内科)  看護師： 名 : : : : : : 派遣元：	医師： 名 (外科・内科)  看護師： 名 : : : : : : 派遣元：		重症 人  中等症 人  軽症 人  活動の概況
設置日時 月 日 : 連絡方法 連絡担当者	医師： 名 (外科・内科)  看護師： 名 : : : : : : 派遣元：	医師： 名 (外科・内科)  看護師： 名 : : : : : : 派遣元：		重症 人  中等症 人  軽症 人  活動の概況