**石川県薬剤師会　被災状況報告書**

※連絡方法はFAXまたはメールにて

報告日時：　　　　年　　月　　日　　時　　分

　支部名：

　薬局名：

報告者：

可能な連絡方法　電話：　　　　　　　　　　　　FAX：

メール：

【全薬局】

1. 被災の有無：　被災した　・　被災無し
2. 自局の営業の可否：　可　・　否
3. 被災した薬局・医療機関への支援の可否：　可　・　否

【被災した薬局】

1. 管理薬剤師、その他薬剤師、その他従業員、実習生等の安否（　　　　　　　　　　）
2. 薬局建物の被災状況（建物：　有・無　、店舗内：　有・無　、調剤室：　有・無　）
3. 薬局設備の被災状況（薬品棚、調剤機器、医療用医薬品、一般用医薬品、その他　　　 　）
4. ライフライン（電気・ガス・水・食糧・通信手段・近隣の道路状況　）
5. 自局への支援依頼について（希望する　・希望しない）
6. 被災状況、支援内容等、情報の詳細について、下記に記載してください

※発災後、速やかに班長へ報告してください。（会員薬局⇒班長⇒支部長⇒県薬本部）