避難訓練実施結果報告書（医療施設）

|  |
| --- |
| 　　年　　月　　日（あて先）　 登　別　市　長訓練記録作成者（報告者）　職　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 施 設 の 名 称 |  |
| 施設の所在地 |  |
| 実　施　場　所 |  |
| 実　施　日　時 | 　　　　　　年　　月　　日　　　時　　分　から　　　時　　分まで |
| 想　定　災　害（該当□にチェックする。） | □　洪　　水　　　　　□　土砂災害　　　　　□　津　　波　　□　その他の災害（　　　　　　　　　　　　） |
| 訓練種類・内容（該当□にチェックする。） | □　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（　　　　　　　　　　　　　　　） |
| （訓練内容を適宜自由記載） |
| 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 |
| 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 |
| 訓練よって確認された課題とその改善方法等 |  |