

別冊

2018年

兵庫県歯科衛生士会 災害時行動指針
各種様式

公益社団法人

兵庫県歯科衛生士会

〒650-0003

神戸市中央区山本通5丁目7-18

兵庫県歯科医師会館内

電話・FAX 078-341-6471

E-mail hdha@silver.ocn.ne.jp

兵庫県歯科衛生士会 災害時行動指針各種様式

- 【連絡票】 歯科衛生士会員連絡票
- 1 【様式 1】 会員被災状況報告票
- 2 【様式 2】 会員被災状況報告票（支部用）
- 3 【様式 3】 会員災害状況まとめ（本会用）
- 4 【様式 4】 災害支援歯科衛生士報告票（支部用）
- 5 【様式 5】 災害支援歯科衛生士集計票（本会用）
- 6 【様式 6】 支援歯科衛生士要請連絡票（支部用）
- 7 【様式 7】 支援歯科衛生士連絡票（本会用）
- 8 【様式 8】 備蓄支援物資一覧（本会用）
- 9 【様式 9】 歯科支援物資一覧（本会用）
- 10 【様式 10】 歯科支援物資発送一覧（本会用）
- 11 【様式 11】 歯科支援物資要請連絡票（支部用）
- 12 【様式 12】 歯科支援物資（着）一覧（支部用）
- 13 【様式 13】 歯科支援物資管理一覧（支部用）

送信日 平成 年 月 日

歯科衛生士会員連絡票

() 支部 支部長 () 様



氏名住所及び連絡先に変更がありましたので、ご報告します。

歯科衛生士会員連絡票

1	会員番号	
2	支部名	() 支部
3	会員氏名	
4	自宅住所 自宅の連絡	兵庫県 TEL() - FAX() - 携帯 携帯メール
5	勤務先の連絡 施設名・住所	TEL() - FAX() -
6	その他連絡事項	

(No.)

会員被災状況報告票 (支部用)

【様式 2】

FAX 078-341-6471

兵庫県歯科衛生士会 宛

(支部) 報告者氏名

年 月 日 時 分報告

会員氏名		被災状況 有・無					
NO	氏 名	本人	家族	家屋	勤務先	支援○×	支援可能日
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							

提出先:本会

会員被災状況まとめ（本会用）

【様式3】

年 月 日 時 分現在

NO	支部名	会員数	連絡が取れた会員の数	本人		家族			家屋			勤務先						
				①	②	①	②	③	①	②	③	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
1	神戸支部																	
2	阪神南支部																	
3	阪神北支部																	
4	東播磨支部																	
5	北播磨支部																	
6	中播磨支部																	
7	西播磨支部																	
8	但馬支部																	
9	丹波支部																	
10	淡路支部																	
合 計																		

※ 【様式2】の番号の集計数を記載する。

災害支援歯科衛生士報告票（支部用）

【様式 4】

FAX 078-341-6471

兵庫県歯科衛生士会 宛

（ 支部 ） 報告者氏名 年 月 日 時 分現在

会員氏名		支援活動可能日○				
NO	氏 名	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						

提出先:本会

災害支援歯科衛生士集計票 (本会用)

【様式 5】

年 月 日 時 分現在

		支援活動可能日及び人数				
NO	支部名	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
1	神戸支部					
2	阪神南支部					
3	阪神北支部					
4	東播磨支部					
5	北播磨支部					
6	中播磨支部					
7	西播磨支部					
8	但馬支部					
9	丹波支部					
10	淡路支部					
集計						
※ 【様式4】の集計表						

災害支援歯科衛生士要請連絡票（支部用）

【様式 6】

FAX 078-341-6471

兵庫県歯科衛生士会 宛

（ 支部 ） 要請者氏名 年 月 日 時 分現在

		支援の要請日・要請人数				
NO	支援場所	月 日	月 日	月 日	月 日	備 考
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

※ 被災地から本会へ歯科衛生士の支援要請を行う場合に活用する。 提出先:本会

災害支援歯科衛生士派遣リスト

宛

()支部

()

FAX

年 月 日 時 分 現在

NO	派遣場所	派遣期間	派遣歯科衛生士				計
			()氏名 ()支部	()氏名 ()支部	()氏名 ()支部	()氏名 ()支部	
1			()氏名 ()支部	()氏名 ()支部	()氏名 ()支部	()氏名 ()支部	名
2			()氏名 ()支部	()氏名 ()支部	()氏名 ()支部	()氏名 ()支部	名
3			()氏名 ()支部	()氏名 ()支部	()氏名 ()支部	()氏名 ()支部	名
4			()氏名 ()支部	()氏名 ()支部	()氏名 ()支部	()氏名 ()支部	名
5			()氏名 ()支部	()氏名 ()支部	()氏名 ()支部	()氏名 ()支部	名

【様式11】

支援物資要請連絡票 (支部用)

FAX 078-341-6471

兵庫県歯科衛生士会 宛

(支部) 要請者氏名

年 月 日 時 分 現在

要請元		
住所	電話	FAX
必要な支援物資	数量	備考
連絡先:本会		

