【様式6】

FAX送付先　　桐生薬剤師会 御中　　【FAX 0277 ー 20ー7021】

薬局被災状況報告書

□第1報(発災48時間)
□第報(以後必要に応じ随時)

1 薬局

薬局名（個人名）	報告者の職名・氏名	連絡先電話番号	報告年月日・時間

2 施設等の被災状況(第1報は、記入。第2報以後は、追加修正がある場合のみ記入。)

区分	被害状況	備考	区分	被害状況	備考
電気	使用可能・一部不能・不能		上水道	使用可能・一部不能・不能	
電話	通話可能・一部不通・不通		下水道	使用可能・一部不能・不能	
			ガス	使用可能・一部不能・不能	

3 営業について(口にチェック)

通常営業　　□　可　　□　不可　　□　検討中

※営業可能の薬局のみ回答願います。
営業時間　午前　：　～　午前　：
　　午後　：　～　午後　：

4 避難所等への服薬指導のための巡回指導について（□にチェック）

避難所等への服薬指導のための巡回指導

□　可　（　　）名を派遣できます　□　不可　　□　検討中

5 傷病者の来局状況、その他特記事項等をお書きください。