高知県障害福祉課　行（ＦＡＸ　０８８－８２３－９２６０）

**報　告　様　式**

**報　告　様　式**

○所在地

○施設名

○担当者名　　　　　　　　　　　　　○電話番号　（　　　）　　　－

|  |
| --- |
| ①　自施設の所在する地区に高齢者等避難等が出された場合は下記に記載してください（１）自施設の地区における高齢者等避難等の発表状況 |
| （ａ）高齢者等避難　　（ｂ）避難指示　　（ｃ）緊急安全確保 |
| （２）避難の有無　あり（下記の表内に具体的内容をお書きください）・　なし |
|  |
| （３）（高齢者等避難等の発表時）避難行動以外の対応状況の有無　　あり（下記の表内に具体的内容をお書きください）　・　なし |
|  |
| ②　高齢者等避難等が出されていない時点において避難をされた場合は下記に記載してください。

|  |
| --- |
|  |

③　被災が発生した場合は、下記の表内に具体的内容をお書きください。　　※避難については上記①に記載してください。 |
| 利用者・職員の被災 |  |
| 施設・設備等の被害（ライフラインを含む） |  |
| ○その他（上記以外で何かあれば記載してください） |
|  |