

**災 害 緊 急**

様式第1号 (第4条関係)

年 月 日

大阪府災害対策本部長 様  
[健康医療部生活衛生室環境衛生課扱い]

( ) 市町村災害対策本部長

火葬場被害 (復旧) 状況報告 (第 報)

年 月 日 時 分に発生した災害 ( ) による火葬場の被害 (復旧) 状況は、次のとおりです。

点 検 日 時	年 月 日 時 分	
火 葬 場 名		
被害 (復旧) 状況	火 葬 炉 本 体	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (状況: )
	火葬炉付帯設備	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (状況: )
	建 屋	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (状況: )
	進 入 路	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (状況: )
	そ の 他	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (状況: )
火 葬 能 力	<input type="checkbox"/> 支障なし (最大火葬数 体/日)	
	<input type="checkbox"/> 一部不能 (最大火葬数 体/日)	
	<input type="checkbox"/> 不能 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 調整中	
稼 動 見 込	一 部 稼 働	年 月 日
	全 部 稼 働	年 月 日
そ の 他	火 葬 要 員 の 確 保	<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 支障あり ( )
	通 信 手 段 の 確 保	<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 支障あり ( )
	燃 料 の 確 保	<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 支障あり ( )
	電 源 の 確 保	<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 支障あり ( )
連 絡 担 当 者	担 当 部 局 課	
	職 名 ・ 氏 名	
	防 災 無 線	
	電 話	( 内 線 )
	F A X	
	e - m a i l	