

広域火葬場割振り（計画）表

年 月 日現在 No.

遺体搬入 被災市町村名	担当部局課・担当者 及びTEL、FAX	広域火葬場名 及び所在地	担当部局課・担当者 及びTEL、FAX	最寄りのヘリ ポート・港名	受入可能日時及び遺体数 (午前・午後の対応の場合は2段書き)	左記月日以降の 受 入	ヘリポート等から の車両配置	ヘリポート等 の棺運搬等要員	火葬場内での 棺運搬等要員	被災地火葬場 要員派遣	その他応援 可能内容
1	TEL _____ FAX _____		TEL _____ FAX _____		月 日 時～ 時 体	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> 可能	
					月 日 時～ 時 体	<input type="checkbox"/> 不可能	<input type="checkbox"/> 不可能	<input type="checkbox"/> 不可能	<input type="checkbox"/> 不可能		
					月 日 時～ 時 体	<input type="checkbox"/> 不可能	<input type="checkbox"/> 不可能	<input type="checkbox"/> 不可能	<input type="checkbox"/> 不可能		
					月 日 時～ 時 体	<input type="checkbox"/> 検討中	<input type="checkbox"/> 検討中	<input type="checkbox"/> 検討中	<input type="checkbox"/> 検討中		
2	TEL _____ FAX _____		TEL _____ FAX _____		月 日 時～ 時 体	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> 可能	
					月 日 時～ 時 体	<input type="checkbox"/> 不可能	<input type="checkbox"/> 不可能	<input type="checkbox"/> 不可能	<input type="checkbox"/> 不可能		
					月 日 時～ 時 体	<input type="checkbox"/> 不可能	<input type="checkbox"/> 不可能	<input type="checkbox"/> 不可能	<input type="checkbox"/> 不可能		
					月 日 時～ 時 体	<input type="checkbox"/> 検討中	<input type="checkbox"/> 検討中	<input type="checkbox"/> 検討中	<input type="checkbox"/> 検討中		
3	TEL _____ FAX _____		TEL _____ FAX _____		月 日 時～ 時 体	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> 可能	
					月 日 時～ 時 体	<input type="checkbox"/> 不可能	<input type="checkbox"/> 不可能	<input type="checkbox"/> 不可能	<input type="checkbox"/> 不可能		
					月 日 時～ 時 体	<input type="checkbox"/> 不可能	<input type="checkbox"/> 不可能	<input type="checkbox"/> 不可能	<input type="checkbox"/> 不可能		
					月 日 時～ 時 体	<input type="checkbox"/> 検討中	<input type="checkbox"/> 検討中	<input type="checkbox"/> 検討中	<input type="checkbox"/> 検討中		
4	TEL _____ FAX _____		TEL _____ FAX _____		月 日 時～ 時 体	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> 可能	
					月 日 時～ 時 体	<input type="checkbox"/> 不可能	<input type="checkbox"/> 不可能	<input type="checkbox"/> 不可能	<input type="checkbox"/> 不可能		
					月 日 時～ 時 体	<input type="checkbox"/> 不可能	<input type="checkbox"/> 不可能	<input type="checkbox"/> 不可能	<input type="checkbox"/> 不可能		
					月 日 時～ 時 体	<input type="checkbox"/> 検討中	<input type="checkbox"/> 検討中	<input type="checkbox"/> 検討中	<input type="checkbox"/> 検討中		
5	TEL _____ FAX _____		TEL _____ FAX _____		月 日 時～ 時 体	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> 可能	
					月 日 時～ 時 体	<input type="checkbox"/> 不可能	<input type="checkbox"/> 不可能	<input type="checkbox"/> 不可能	<input type="checkbox"/> 不可能		
					月 日 時～ 時 体	<input type="checkbox"/> 不可能	<input type="checkbox"/> 不可能	<input type="checkbox"/> 不可能	<input type="checkbox"/> 不可能		
					月 日 時～ 時 体	<input type="checkbox"/> 検討中	<input type="checkbox"/> 検討中	<input type="checkbox"/> 検討中	<input type="checkbox"/> 検討中		