

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 働 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		