|  |  |
| --- | --- |
| （別紙様式）  ○○災害における医療救護活動について報告します。 | |
| 記 | |
| 報告日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 都道府県医師会名 |  |
| 記入者名（責任者） |  |
| ＪＭＡＴ出動数 | ・医　師（　　　名）　　　　・薬剤師（　　名）　　　　・看護師（　　　　名）  ・ロジスティックス担当者・事務職員（ 名）  ・その他（医療・看護・保健・介護・福祉職種：　　　　　　　名）  ・その他（職種：　　　　　　　名） |
| 派遣期間 | 年　　　月　　　日　～　　　　　年　　　月　　　日 |
| 活動場所 |  |
| 活動内容 | ・外来患者数、主な疾病、後発救護班に対しての助言等含めてご記入ください。 |
| 現地のニーズ（不足物資等） |  |
| 課題 |  |
| 次に来るＪＭＡＴへの情報提供 |  |
|  |  |
| ※派遣終了後、責任者の方は本用紙にご記入のうえ、鹿児島県医師会地域保健課へメール（isichiho@kagoshima.med.or.jp）、またはＪＭＡＴ情報共有サイトにご報告ください。  なお、全国の都道府県医師会、ＪＭＡＴ関係者が閲覧することになります。また、情報共有のため、個人情報を削除した上で、日本医師会より関係省庁や被災者健康支援連絡協議会に提供する場合があります。 | | |