避難訓練実施結果報告書（医療施設）

年　　月　　日

（あて先）

登　別　市　長

訓練記録作成者（報告者）

職＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

施設の名称		
施設の所在地		
実施場所		
実施日時	年　月　日　時　分から　時　分まで	
想定災害 （該当□にチェックする。）	□　洪　水　□　土砂災害　□　津　波 □　その他の災害（　　）	
訓練種類・内容 （該当□にチェックする。）	□　図上訓練	□　情報伝達訓練
	□　避難経路の確認訓練	□　立退き避難訓練
	□　垂直避難訓練	□　持ち出し品の確認訓練
	□　その他（　　）	
	（訓練内容を適宜自由記載）	
訓練参加者・参加人数	□　職　員（全員・一部）　名 □　患者等（全員・一部）　名 □　その他訓練参加者：消防団等　名 地域の協力者　名	
訓練実施責任者	職　氏　名	
確認事項	□　避難支援に要した人数　名	□　避難に要した時間　時間　分
	□　避難先や避難経路の安全性	
	その他	
訓練よって確認された課題とその改善方法等		