

様式 2

医療救護班派遣・配備状況

_____ 地区保健医療救護対策本部 (_____ 保健所) 月 日 時 分現在

医療救護班【医療／歯科／精神科／ (_____)】

配備先 (住所・電話番号)	傷病者数	医療救護班名 又は 班番号 (代表者名)	派遣期間	派遣于一人数	備考
			~		
			~		
			~		
			~		
			~		
			~		
			~		

※本部（医務課）へ報告（管轄を越えた派遣は本部で把握しているため不要）