

従業員連絡先リスト

医療機関名 _____ * 固定電話番号 _____ 年 ____ 月 ____ 日作成

	氏名	役職	携帯	* 自宅（固定）	非常連絡先	続柄	電話番号	備考
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								

* 医療機関および自宅の固定電話番号は災害伝言サービス利用時に必要です。

供給品・業者リスト

医療機関名 _____

_____年__月__日作成

	会社名	品目／サービス	担当者	電話	FAX	e-mail	備考
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

薬卸、医療機器卸、医療機器メーカー、電子カルテ、画像ファイリング関連等

設備関連・業者リスト

医療機関名 _____

_____年__月__日作成

	会社名	品目／サービス	担当者	電話	FAX	e-mail	備考
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

建築士、設計事務所、建築業者、電気工事、電話 LAN 工事、電気器具、エアコン設備、配管設備、ガス業者、ガス器具、宅配水業者等

外部支援機関リスト

医療機関名 _____

_____年__月__日作成

	機関名	電話	FAX	e-mail	備考
1	浜松市医師会 浜松市中区伝馬町 311-2	053(452)0424	053(456)1041		
2	静岡県医師会 静岡市葵区鷹匠町 3-6-3	054-246-6151	054-245-1396		
3	浜松市役所健康福祉部保健所 保健総務課	053-453-6111	053-453-6124		
4	税理士				
5					
6					
7					
8					
9					
10					

外部支援機関リスト

医療機関名 _____

_____年__月__日作成

	機関名	電話	FAX	e-mail	備考
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

備蓄計画・実施状況リスト

医療機関名 _____

	備蓄品	規格	必要量	品質保証期限	備蓄完了日	在庫	備考・購入元
1				-		<input type="checkbox"/>	
2						<input type="checkbox"/>	
3						<input type="checkbox"/>	
4						<input type="checkbox"/>	
5						<input type="checkbox"/>	
6						<input type="checkbox"/>	
7						<input type="checkbox"/>	
8						<input type="checkbox"/>	
9						<input type="checkbox"/>	
10						<input type="checkbox"/>	
11						<input type="checkbox"/>	
12						<input type="checkbox"/>	
13						<input type="checkbox"/>	
14						<input type="checkbox"/>	
15						<input type="checkbox"/>	
16						<input type="checkbox"/>	
17						<input type="checkbox"/>	
18						<input type="checkbox"/>	
19						<input type="checkbox"/>	
20						<input type="checkbox"/>	

平時には使用しないけれども大規模災害時およびパンデミック用に備蓄する物をリストアップして下さい。普段から使用するものは在庫管理で確保しデッドストックを無くして下さい。期限切れで廃棄した場合は線で消して下さい。