

別記第3号様式

(災害)緊急

年 月 日

火葬場設置者 様

千葉県健康福祉部長
(衛生指導課)

広域火葬協力依頼書 (第 報)

災害(武力攻撃、感染症の大流行、その他) []により、多数の死亡者が発生し、広域火葬を実施することとしましたので協力願います。

つきましては、貴火葬場において可能な協力内容について回答願います。

火葬応援を要する関係市町村名	※第2報以降、再応援要請市町村は、△印、新規応援市町村は○印を付ける。		
火葬応援要請の内容	月 日現在合計遺体数 (前回依頼比増加数: 人)		
	うち火葬応援要請遺体数 (前回報告比増加数: 人)	内訳	①大人: 人 ②小人: 人 ③胎児: 人 ④不明: 人
備考			
連絡担当者	担当部課班	千葉県健康福祉部衛生指導課 生活衛生推進室	
	職名・氏名		
	電話	043(223)2627	又は 012(500)7254
	F A X	043(227)2713	又は 012(500)7259

① 1: []には、災害等の具体的な内容を記載すること。

② 2: 小人は、12才未満の子供とすること。

別記第4号様式

(災害)緊急

年 月 日

千葉県健康福祉部長 様
(衛生指導課)

火葬場設置者

広域火葬協力回答書

年 月 日付け(第 報)をもって依頼のありましたこのことについて、次のとおり回答します。

広域火葬協力について	可能 ・ 不可能 (今後の応援協力の可能性)						
火葬場名称及び所在地							
最寄りのヘリポート名称			最寄りの名				
受入可能遺体数等	月 日 ()	時~	時	体	時~	時 体	
	月 日 ()	時~	時	体	時~	時 体	
	月 日 ()	時~	時	体	時~	時 体	
	月 日 ()	時~	時	体	時~	時 体	
	月 日 ()	時~	時	体	時~	時 体	
	月 日 ()	時~	時	体	時~	時 体	
	月 日 ()	時~	時	体	時~	時 体	
	上記期間以降の受入		<input type="checkbox"/> 可能		<input type="checkbox"/> 不可能		<input type="checkbox"/> 検討中
	最寄りのヘリポート等からの搬送のための車両配備		<input type="checkbox"/> 有		<input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 検討中
	最寄りのヘリポート等における棺運搬等要員		<input type="checkbox"/> 有		<input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 検討中
火葬場内における棺運搬等要員		<input type="checkbox"/> 有		<input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 検討中	
火葬要員派遣	<input type="checkbox"/> 可能		<input type="checkbox"/> 不可能		<input type="checkbox"/> 検討中		
	月 日 ()	時~	時	人	時~	時 人	
	月 日 ()	時~	時	人	時~	時 人	
	月 日 ()	時~	時	人	時~	時 人	
	月 日 ()	時~	時	人	時~	時 人	
	月 日 ()	時~	時	人	時~	時 人	
	月 日 ()	時~	時	人	時~	時 人	
	月 日 ()	時~	時	人	時~	時 人	
その他の可能な協力内容							
連絡担当者	担当部課係						
	職名・氏名						
	電話	(内線)					
	F A X						

※連絡先 千葉県健康福祉部衛生指導課 電話 043(223)2627 又は 012(500)7254
FAX 043(227)2713 又は 012(500)7259