

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 | |
| 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