

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