

別記第7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)

〇 〇 市 町 村 長  
( 〇 〇 課 )

**遺体保存用資機材及び遺体搬送応援手配要請書**

このことについて、下記のとおり遺体保存用資機材（遺体搬送応援）の手配を要請します。

記

1 必要とする遺体保存用資機材の内容		
種 類	数 量	備 考（期限及び搬入場所等）

2 必要とする遺体搬送応援の内容		
遺体安置所及び搬送先	搬送応援要請遺体数	内 訳
遺体安置所名称・所在地 搬送先名称・所在地	(前回要請比増加数： 人 人)	①大人： 人 ②小人： 人 ③胎児： 人 ④不明： 人
	(前回要請比増加数： 人 人)	①大人： 人 ②小人： 人 ③胎児： 人 ④不明： 人
	(前回要請比増加数： 人 人)	①大人： 人 ②小人： 人 ③胎児： 人 ④不明： 人
	(前回要請比増加数： 人 人)	①大人： 人 ②小人： 人 ③胎児： 人 ④不明： 人
連絡担当者	担当部課係	(内線)
	職名・氏名	
	電 話	
	F A X	

⑨：搬送応援要請遺体数は、要請時点での総数とし、前回要請時の数に新たに判明又は発生した遺体のうち広域火葬が必要な数を加え、前回の要請により搬送された又は予定された数を減じた数とすること。

※ 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