

原子力災害医療 人員・資機材要請票

年 月 日() 時 分	区分	電話・FAX・メール・その他
--------------	----	----------------

発 信 者	
所属	
氏名	
TEL	
FAX	

⇒

受信者(送付先)	
所属	
氏名	
TEL	
FAX	

(連絡内容)

(※災害名や事故名) における対応について、次のとおり要請します。
 派遣・提供の可否について、 時 分までにご回答願います。

【 人員 】

派遣場所	活動内容	派遣人員 (職種等)	派遣期間	備 考

【 資機材等 】

品 名	規 格	数量	特記事項(条件)

内部処理	口頭伝達・コピー配布・ボード記入・その他 ()	
------	--------------------------	--

連絡事項の処理	年 月 日() 時 分	電話・FAX・メール・その他
---------	--------------	----------------

(連絡状況)