【様式３－３】被災状況等報告（薬局→薬剤師会）

様式3－３

 被災状況等報告（薬局）

　　　　年　　月　　日　午前・午後　　時　　分　発信

１　薬局

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 薬局名 | 担当者 職名・氏名 | 電話番号 |
|  |  |  |

２　営業について （ □ にチェック ）

営　業　　□不 可　　□ 可　　□ 検討中

※ 営業可能の薬局のみ回答願います。

営業時間　午前　　：　　～午前　　：

午後　　：　　～午後　　：

３　傷病者の来局状況、その他特記事項等について記載してください。

|  |
| --- |
|  |