【様式１－２】災害発生時連絡（医師会等→関係機関）

【様式１－２】

医師会→無床診療所／歯科医師会→歯科医院／薬剤師会→薬局

緊　　急　　連　　絡

　　　　年　　月　　日　午前・午後　　時　　分　発信

吾妻地域において多数の傷病者の発生が見込まれる災害

( )が発生し、
吾妻地域災害医療調整本部が立ち上がりました。

**会員各位は以下により至急御対応願います。**

１　会員各位の被災状況について、当FAXに添付の様式により報告願います。
※無床診療所・歯科医院・薬局のみ。

*※【様式3－1】～【様式５－１】のうち該当する様式を添付*

２　被災者への医療支援対応をよろしくお願いします。

吾妻保健福祉事務所長

○○○○○会長（事務局）

連絡先

○○○○会事務局

（吾妻郡○○○○）

（電話 FAX )