**【様式５－１】**

|  |
| --- |
| 　薬局　⇒　吾妻薬剤師会  |
|

**薬局 被災状況報告書**

　１　薬局

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 薬　局　名 | 報告者の職名・氏名 | 電話番号 | 報告年月日・時間 |
|  |  |  |  |

　２　営業について（ □ にレでチェック ）

 □ 可 □ 不可 □ 検討中

 ※ 営業可能の薬局のみ回答願います。

 ①　営業曜日・時間 （月・火・水・木・金・土・日　　　　　　　　～　　　　　　　　）

 ②　営業曜日・時間 （月・火・水・木・金・土・日　　　　　　　　～　　　　　　　　）

 ③　営業曜日・時間 （月・火・水・木・金・土・日　　　　　　　　～　　　　　　　　）

　３　傷病者の来局状況、その他特記事項等お書きください。

|  |
| --- |
|  |
|