（様式２）

　　　年　　　月　　　日

福井県ＰＴＡ連合会安全会会長　様

|  |  |
| --- | --- |
| ＰＴＡ名 | (市町名) |
|  |
| 代表者名 | ・ |
| 所 在 地 |  |

災　害　報　告　書

**下記のとおり災害が発生したので、事実と相違ないことを確認し報告します。**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 会 員 氏 名  （世帯代表） |  | | 住所 |  | | | | |
| ふ り が な  被災者氏名 |  | |
|  | | 性別 |  | 年齢 | 才 | 続柄 |  |
| 災害発生日時 | 月 　日　　時 | | 災害発生場所 | | |  | | |
| 行事等の名称 |  | | 主催者名 | |  | | | |
| 傷　 病　 名  （ 死 亡 ） |  | | | | | | | |
| 発生時の状況  （できるだけ詳細に） |  | | | | | | | |
| 初診年月日 | 令和　　　年  　　月　　日 | 医療機関名 | | |  | | | |
| 電話番号 | | |  | | | |
| 記載責任者 | ℡：　　　　（　　　　） | | | | | | | |
| **※災害が発生した日から３０日以内に本報告書とＰＴＡ活動を証明するもの（案内文・実施要項等）を提出してください。** | | | | | | | | |