事務局の被災状況確認事項チェックリスト

様式2-1

確認者氏名：（　　　　　　　　）　確認時刻　：　　年　　月　　日（　　）　時　　分

|  |  |
| --- | --- |
| １　施設外部の被災状況の確認 | 備考 |
|  | 周囲の影響 |
|  |  | 道路や建物の破損 | □有　　□無 |  |
|  |  | 電柱や家屋、看板等の倒壊、倒木等 | □有　　□無 |  |
|  |  | 停電 | □有　　□無 |  |
|  |  | 浸水 | □有　　□無 |  |
|  | 建物（佐賀メディカルセンタービル） |
|  |  | 地盤の破損、亀裂、沈下 | □有　　□無 |  |
|  |  | 傾き | □有　　□無 |  |
|  |  | 外壁の破損 | □有　　□無 |  |
|  |  | ドア、窓ガラスの破損 | □有　　□無 |  |
|  |  | 停電 | □有　　□無 |  |
|  |  | 断水 | □有　　□無 |  |
|  |  | 浸水 | □有　　□無 |  |
| ２　施設内部の被災状況の確認 | 備考 |
|  | 事務局（公益社団法人佐賀県栄養士会）の状況 |
|  |  | 内壁の破損 | □有　　□無 |  |
|  |  | ドア、窓ガラスの破損 | □有　　□無 |  |
|  |  | 書棚などの倒壊 | □有　　□無 |  |
|  |  | 停電 | □有　　□無 |  |
|  |  | 断水 | □有　　□無 |  |
|  |  | 浸水 | □有　　□無 |  |
|  | 事務機器の状況 |
|  |  | 電話機の使用 | □有　　□無 |  |
|  |  | パソコンの使用 | □有　　□無 |  |
|  |  | コピー機・FAXの使用 | □有　　□無 |  |
|  |  | 金庫の使用 | □有　　□無 |  |
|  |  | 書棚の使用 | □有　　□無 |  |
|  | その他の異常 | □有　　□無 |  |
| ３　会長へ報告 | 　　　備考 |
| 　　　報告者氏名：　　　　報告時刻　：　　　　　年　　月　　日（　　）　　　　時　　　分　　　会長からの指示の有無：　　有　＜ 内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＞　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　無 |