

1	<h1>会員・職員の安否確認及び 県内の被災状況（概要）</h1>
---	---------------------------------------

担当	活動内容
会長又は副会長・常務理事	1 役員及び職員の安否確認（会長、副会長、常務、各事業部長、職員） 2 被災状況と会員の安否確認 3 公益社団法人 日本栄養士会への被災状況報告 4 協力要請があった場合の対応についての共通認識

1 役員及び職員の安否確認

- 会長は、理事・監事の安否確認を行う。

※直接、理事 LINE グループに書き込む。

※LINE に応答の無い理事及び監事については、「理事・監事連絡先」（様式 1-1）により、確認する。

- 会長は、事務局職員の安否確認を行う。

※直接、裏面「事務局職員連絡先」により確認する。

2 被災状況と会員の安否確認

- 会長は、近隣理事又は、事務局職員へ事務局の被災状況確認を指示する。

➔ 2 事務局の被災状況の確認へ

- 会長は、支部長の安否確認を行うと共に、支部長へ地域の被災状況の把握と会員の安否確認を指示する。

※直接、支部長 LINE グループに書き込む。

※LINE に応答の無い支部長については、裏面「支部長連絡先」により連絡する。

3 公益社団法人 日本栄養士会 (03-5425-6555 代表)への被災状況報告

4 1～2 の状況を踏まえ「災害時における栄養・食生活支援活動に関する協定書」に基づく協力要請があった場合の対応についての共通認識

安否確認用（理事 LINE、三役・部長・支部長 LINE グループ）掲載文面例

○月○日の○方面の***被害が発生していることを受け、御自身または御家族様、御自宅や勤務先に被害はなかったでしょうか。今後、災害支援の協力要請等を行う場合に備え、（理事または支部長）様の被災状況を至急（24 時間以内にこの LINE に返信）お知らせください。

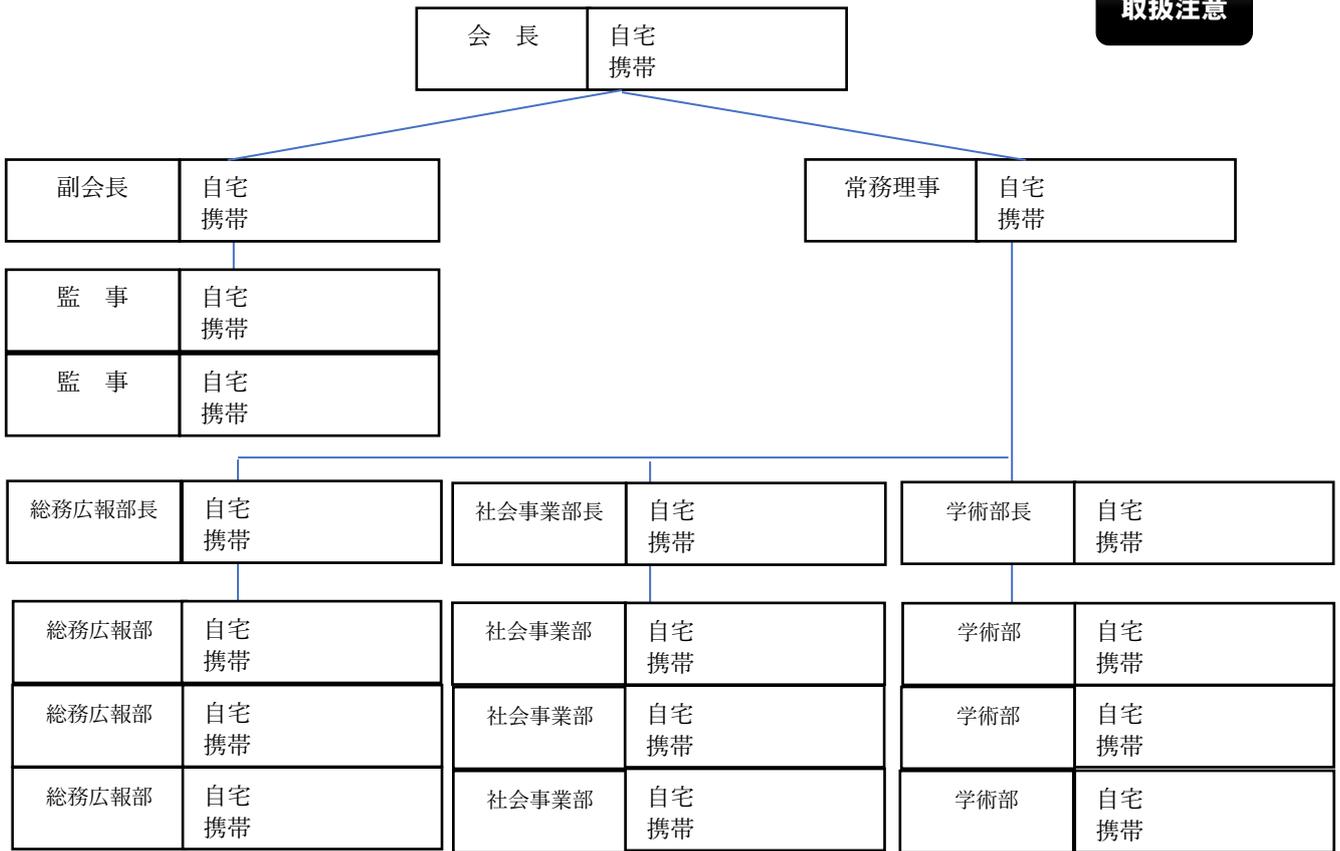
【ここからは支部長のみ】また、お忙しい中、誠に申し訳ありませんが、支部と会員の被災状況についてご確認いただき、様式 1-1「支部別被災状況チェックリスト」、1-2「会員被災状況報告書」により御報告いただきますよう併せてお願い致します。

様式 1-1

緊急連絡網

○理事・監事連絡先

取扱注意



★ (公社) 佐賀県栄養士会事務所近隣理事

○支部長連絡先

支部名	部長名	自宅TEL	携帯TEL	勤務先	勤務先TEL
佐賀中部					
鳥栖					
唐津					
伊万里					
杵藤					

○事務局職員連絡先

氏名	自宅TEL	携帯TEL

- 公益社団法人 佐賀県栄養士会 0952-26-2218
- 公益社団法人 日本栄養士会 03-5425-6555 (代表)
- 佐賀県健康増進課 0952-25-7075

様式 1-2 ※下記を記入し、メール (sagakeneiyoushikai@luck.oun.ne.jp) または FAX (0952-26-5249) で事務局へ送付する。写真を撮って《三役・部長・支部長 LINE》で送ってもよい。また、これが難しい場合はTEL (0952-26-2218) で報告する。

(支部名：)

1 支部長本人の被災状況チェックリスト

被災状況		備考
本人及び家族 ()	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
自宅 ()	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
勤務先 ()	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
電話や LINE での対応	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否	
《詳細》		

2 支部の被災状況チェックリスト

※支部連絡網等で会員へ確認し、被災した会員がいる場合は、(様式 1-3) で報告してもらうよう依頼する。

被災状況		備考
会員及び家族	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	
家屋や電柱、看板等の倒壊、倒木等	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	
道路の寸断	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	
床上浸水の家屋	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	
床下浸水の家屋	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	
ライフライン		
停電	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	
都市ガスの停止	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	
断水	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	
物流の停止 (交通状況)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	
避難所の設置	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	
《会員及び勤務地の被災状況等》		

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

>

様式 1-3

※下記を記入し、メール (sagakeneiyoushikai@luck.oun.ne.jp) または FAX (0952-26-5249) で事務局へ送付する。写真を撮って支部長へ LINE で送ってもよい。
また、これが難しい場合はTEL (0952-26-2218) で報告する。

今後、被災地への支援を検討するに当たり参考にさせていただきますので、会員自身が可能な範囲で記入し事務局までご提出ください。

会員被災状況報告書

佐賀中部 鳥栖 唐津 伊万里 杵藤 会員名： _____

1 会員の被災状況			備考
被災状況			
本人及び家族 ()	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
自宅 ()	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
避難 (避難場所:)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
《詳細》			
2 勤務先の被災状況			備考
被災状況			
家屋の倒壊	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明		
電柱、看板等の倒壊、倒木等	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明		
道路の寸断	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明		
床上浸水	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明		
床下浸水	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明		
ライフライン			
停電	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明		
ガスの停止	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明		
断水	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明		
物流の停止 (交通状況)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明		
(公社) 佐賀県栄養士会からの支援を希望しますか。 ※すべてにお応えできるものではありません。	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> わからない		
《詳細》			
3 会員情報			
自宅住所:			
勤務先名:			
勤務先住所:			
報告時刻: 年 月 日 () 時 分			