災害時活動報告書

報告日：　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 活動日活動場所 | 平成　　年　　月　　日　　時　　分〜　平成　　年　　月　日　　時　　分 |
| 所属薬剤師会 | 　　　　　県薬剤師会（地区薬名：　　　　　　　　　　　） |
| 薬剤師名（全員の名前） |  |
| 代表者連絡先 | 代表者名：　　　　　　　　携帯番号：メールアドレス： |
| 内容（詳細にお願いします） |  |

報告先：熊本県薬剤師会災害対策本部(info@kumayaku.or.jp)

方　法：持参・メール・FAX・写メのいずれの方法でも可。

期　限：スムーズな情報把握のため、活動終了当日にお願いします。