

訓練実施結果報告書（医療施設）

施 設 名				
実 施 日 時	年	月	日	時 分 から 時 分 まで
実 施 場 所				
想 定 災 害 (該当する□にチェックをする。)	☐ 洪水 ☐ 高潮 ☐ 土砂災害			
訓 練 種 類 ・ 内 容 (該当する□にチェックをする。)	☐ 図上訓練		☐ 情報伝達訓練	
	☐ 避難経路の確認訓練		☐ 水平避難（立退き避難）訓練	
	☐ 垂直避難訓練		☐ 持ち出し品の確認訓練	
	☐ その他（ ）			
	（訓練内容を適宜自由記載）			
訓 練 参 加 者 ・ 参 加 人 数	職員（全員・一部）		名	
	患者等（全員・一部）		名	
	その他訓練参加者：消防団等		名	
	地域の協力者		名	
	その他		名	
訓 練 実 施 責 任 者	職 氏名			
確 認 事 項	☐ 避難支援に要した人数		名	☐ 避難に要した時間
	☐ 避難先や避難経路の安全性		時間 分	
	その他			
訓練によって確認された課題とその改善方法等				
訓練記録作成者	職 氏名			

※避難訓練の実施、報告は義務です（年1回以上）。
 訓練実施後、概ね1ヶ月を目安に報告書を提出してください（複数日まとめたの提出も可）。