

## 付録 1-1 災害時緊急連絡シート

(連絡日 20 年 月 日)

連絡先：

緊急時用

災害直後で通信手段が限られている場合は、次の内容をお知らせください。

施設名： \_\_\_\_\_

連絡者名（職種・職位）： \_\_\_\_\_

連絡先： \_\_\_\_\_

人的サポートが必要

新生児担当医師 \_\_\_\_\_ 名

新生児担当看護師 \_\_\_\_\_ 名

業務内容：

物的サポートが必要

内 容：