

地震被害者報告書（４月３０日時点での状況）

薬局名（ ）

会 員 名	被災対象の住所	物的被害							人的被害		その他の被害	備考
		家 屋			店 舗			地震保険加入の有無	本人	家族		
		全壊	半壊	一部損壊	全壊	半壊	一部損壊		被害状況	被害状況		
()								有 ・ 無				
()								有 ・ 無				
()								有 ・ 無				
()								有 ・ 無				
()								有 ・ 無				
()								有 ・ 無				

注1. 「会員名」の下段()には、店舗被害の場合の店舗名を記入してください。

注2. 「物的被害」には、該当する欄に○を付けてください。

※ 薬局の開局状況（該当箇所全てご記入ください）

通常営業 （平成 年 月 日 ～通常開局）
一部営業を自粛（期間：平成 年 月 日から平成 年 月 日まで）
営業不能（期間：平成 年 月 日から平成 年 月 日まで）
その他（理由： ）

報告期限：平成28年6月10日（金）
報告先：熊本市薬剤師会事務局
（送信先 FAX：096-362-0035）