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　□土砂災害 □ その他の災害（　　）			
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（　　）			
	（訓練内容を適時自由記載）			
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	時間　分
	□ 避難先や避難経路の安全性			
	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			