# 避難確保計画に基づく訓練実施結果報告書（医療機関）

提出日　　年　　月　　日

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 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 | | | |
| 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<br>患者等（全員・一部）　名<br>その他訓練参加者：消防団等　名<br>地域の協力者　名<br>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<br>連絡先 | | | |