**大雨による被害状況報告書**

**秋田県薬剤師会事務局　行き　ＦＡＸ ０１８－８３５－２５７６**

薬局の名称：

薬局の電話番号：

所在地市町村：

この件に関するお問い合わせ先

電話番号：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ご担当者様：

＜令和５年　　　月　　　日　　　時現在＞（該当するものに○、又は記入）

**１　現在の状況**

・営業不可　→　復旧見込み：　　　　　月　　　　日　　　　時頃

・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

・復旧

**２　薬局建物被害状況等**

全壊　・　半壊　・　一部破損　・　浸水（約　　　　センチ）　・　停電

その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**３　ＦＡＸコーナーからの処方箋送信（薬局での受信と対応）**

　　　　可　　・　　不可

**４　薬局周辺の被害状況（医療機関・道路等）**

＜任意記載＞