

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>