

非常災害対策計画の策定状況及び避難訓練の実施状況について

担当者名:	連絡先:
-------	------

※平成29年1月31日付け老総発0131第1号「介護保険施設等における非常災害対策計画の策定及び避難訓練の実施の点検及び指導・助言について」の通知の内容を確認しながら、記入してください。

施設・事業所名	サービス種別 ※「2. 点検対象とする施設・サービス」に記載している中から選択して、数字を記入してください。 ①～⑭	法人名	設置主体 (例: 社会福祉法人、医療法人等)	(非常災害対策計画の策定状況) 非常災害対策計画が策定されているか ○: 策定有り ×: 策定無し	※「1. 点検項目」の②に掲げる具体的な項目を網羅しているか。 ○: 網羅している ×: 網羅していない	(避難訓練の実施状況) 対水害・対土砂災害を含む地域の 実情に応じた災害に係る避難訓練の実施状況	
						① 実施済み (平成28年12月までに) ○: 実施済み ×: 未実施	② 今後の訓練の実施予定 (以下から選択してください) ・実施済み ・H29年1月 ・H29年2月 ・H29年3月 ・予定なし(平成29年4月以降)

同一事業所で、複数のサービスを行っている場合は、それぞれのサービスごとに記載してください。回答が同じ内容である場合は、サービス種別の欄に数字を複数記入してください。

同一事業所若しくは法人内でまとめて1枚で記載していただいてもかまいません。その場合は、事業所のサービスごとに記載してください。