訓練様式５

県緊急援助隊派遣報告書

　　　 令和7年3月11日

　災害対策本部長　様

横須賀地区災害対策支部長　　横須賀グリーンヒル

　県緊急援助隊を次のとおり派遣しましたので、報告します。

|  |  |
| --- | --- |
| 派遣先施設 | ※適宜記載ください。 |
| 被害概要等 | 派遣要請書のとおり。( 別紙２ ) **※訓練では記載不要です。** |
| 派遣期間 | 令和7年3月14日～3月20日 |
| 摘要 ( 交通手段、携行品などを記載 ) | ・地区災害対策支部長等の車を使用  ・緊急援助隊携行品一式  ・食料、マスク、手袋、アルコール消毒薬、タオルほか 　 ( 例 ) |

○派遣職員 ※隊長の者に○印を記載してください。 ( 訓練では、性別、年齢は記載しません。 )

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 隊長 | 氏　名 | 年齢 | 性別 | 職　種 | 派遣施設等名称 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

※　訓練ですので、5名以下でも結構です。

※　被害状況の報告を支部長、副支部長で受けている地区では訓練ですのでそれぞれで報告してく 　　ださい。

**※　編成できなかった場合は、次にレ点を入れてください。　□　編成出来ませんでした。**

○他地区からの要請について **※訓練ですので、記載不要です。**

|  |  |
| --- | --- |
| 項目 | 内 容 |
| 派遣の必要性 | □　必要とする。　□　必要としない。 |
| 派遣先施設 |  |
| 派遣期間 | 年　　月　　日　～　　　月　　　日 |
| 摘要 ( 派遣時の留意点、条件などを記載 ) |  |

**送付先　かながわ高齢協　FAX 045-311-8768**

訓練様式５

県緊急援助隊派遣報告書

　　　 令和7年3月11日

　災害対策本部長　様

南湘南(鎌倉)地区災害対策支部長　鎌倉静養館

　県緊急援助隊を次のとおり派遣しましたので、報告します。

|  |  |
| --- | --- |
| 派遣先施設 | ※適宜記載ください。 |
| 被害概要等 | 派遣要請書のとおり。( 別紙２ ) **※訓練では記載不要です。** |
| 派遣期間 | 令和7年3月14日～3月20日 |
| 摘要 ( 交通手段、携行品などを記載 ) | ・地区災害対策支部長等の車を使用  ・緊急援助隊携行品一式  ・食料、マスク、手袋、アルコール消毒薬、タオルほか 　 ( 例 ) |

○派遣職員 ※隊長の者に○印を記載してください。 ( 訓練では、性別、年齢は記載しません。 )

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 隊長 | 氏　名 | 年齢 | 性別 | 職　種 | 派遣施設等名称 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

※　訓練ですので、5名以下でも結構です。

※　被害状況の報告を支部長、副支部長で受けている地区では訓練ですのでそれぞれで報告してく 　　ださい。

**※　編成できなかった場合は、次にレ点を入れてください。　□　編成出来ませんでした。**

○他地区からの要請について **※訓練ですので、記載不要です。**

|  |  |
| --- | --- |
| 項目 | 内 容 |
| 派遣の必要性 | □　必要とする。　□　必要としない。 |
| 派遣先施設 |  |
| 派遣期間 | 年　　月　　日　～　　　月　　　日 |
| 摘要 ( 派遣時の留意点、条件などを記載 ) |  |

**送付先　かながわ高齢協　FAX 045-311-8768**

訓練様式５

県緊急援助隊派遣報告書

　　　 令和7年3月11日

　災害対策本部長　様

　南湘南(三浦、逗子、三浦郡)地区災害対策副支部長　美山ホーム

　県緊急援助隊を次のとおり派遣しましたので、報告します。

|  |  |
| --- | --- |
| 派遣先施設 | ※適宜記載ください。 |
| 被害概要等 | 派遣要請書のとおり。( 別紙２ ) **※訓練では記載不要です。** |
| 派遣期間 | 令和7年3月14日～3月20日 |
| 摘要 ( 交通手段、携行品などを記載 ) | ・地区災害対策支部長等の車を使用  ・緊急援助隊携行品一式  ・食料、マスク、手袋、アルコール消毒薬、タオルほか 　 ( 例 ) |

○派遣職員 ※隊長の者に○印を記載してください。 ( 訓練では、性別、年齢は記載しません。 )

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 隊長 | 氏　名 | 年齢 | 性別 | 職　種 | 派遣施設等名称 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

※　訓練ですので、5名以下でも結構です。

※　被害状況の報告を支部長、副支部長で受けている地区では訓練ですのでそれぞれで報告してく 　　ださい。

**※　編成できなかった場合は、次にレ点を入れてください。　□　編成出来ませんでした。**

○他地区からの要請について **※訓練ですので、記載不要です。**

|  |  |
| --- | --- |
| 項目 | 内 容 |
| 派遣の必要性 | □　必要とする。　□　必要としない。 |
| 派遣先施設 |  |
| 派遣期間 | 年　　月　　日　～　　　月　　　日 |
| 摘要 ( 派遣時の留意点、条件などを記載 ) |  |

**送付先　かながわ高齢協　FAX 045-311-8768**

訓練様式５

県緊急援助隊派遣報告書

　　　 令和7年3月11日

　災害対策本部長　様

県央東部４市(海老名・座間)地区災害対策副支部長　　さつき

　県緊急援助隊を次のとおり派遣しましたので、報告します。

|  |  |
| --- | --- |
| 派遣先施設 | ※適宜記載ください。 |
| 被害概要等 | 派遣要請書のとおり。( 別紙２ ) **※訓練では記載不要です。** |
| 派遣期間 | 令和7年3月14日～3月20日 |
| 摘要 ( 交通手段、携行品などを記載 ) | ・地区災害対策支部長等の車を使用  ・緊急援助隊携行品一式  ・食料、マスク、手袋、アルコール消毒薬、タオルほか 　 ( 例 ) |

○派遣職員 ※隊長の者に○印を記載してください。 ( 訓練では、性別、年齢は記載しません。 )

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 隊長 | 氏　名 | 年齢 | 性別 | 職　種 | 派遣施設等名称 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

※　訓練ですので、5名以下でも結構です。

※　被害状況の報告を支部長、副支部長で受けている地区では訓練ですのでそれぞれで報告してく 　　ださい。

**※　編成できなかった場合は、次にレ点を入れてください。　□　編成出来ませんでした。**

○他地区からの要請について **※訓練ですので、記載不要です。**

|  |  |
| --- | --- |
| 項目 | 内 容 |
| 派遣の必要性 | □　必要とする。　□　必要としない。 |
| 派遣先施設 |  |
| 派遣期間 | 年　　月　　日　～　　　月　　　日 |
| 摘要 ( 派遣時の留意点、条件などを記載 ) |  |

**送付先　かながわ高齢協　FAX 045-311-8768**

訓練様式５

県緊急援助隊派遣報告書

　　　 令和7年3月11日

　災害対策本部長　様

県央東部４市(大和・綾瀬)地区災害対策支部長　ル・リアンふかみ

　県緊急援助隊を次のとおり派遣しましたので、報告します。

|  |  |
| --- | --- |
| 派遣先施設 | ※適宜記載ください。 |
| 被害概要等 | 派遣要請書のとおり。( 別紙２ ) **※訓練では記載不要です。** |
| 派遣期間 | 令和7年3月14日～3月20日 |
| 摘要 ( 交通手段、携行品などを記載 ) | ・地区災害対策支部長等の車を使用  ・緊急援助隊携行品一式  ・食料、マスク、手袋、アルコール消毒薬、タオルほか 　 ( 例 ) |

○派遣職員 ※隊長の者に○印を記載してください。 ( 訓練では、性別、年齢は記載しません。 )

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 隊長 | 氏　名 | 年齢 | 性別 | 職　種 | 派遣施設等名称 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

※　訓練ですので、5名以下でも結構です。

※　被害状況の報告を支部長、副支部長で受けている地区では訓練ですのでそれぞれで報告してく 　　ださい。

**※　編成できなかった場合は、次にレ点を入れてください。　□　編成出来ませんでした。**

○他地区からの要請について **※訓練ですので、記載不要です。**

|  |  |
| --- | --- |
| 項目 | 内 容 |
| 派遣の必要性 | □　必要とする。　□　必要としない。 |
| 派遣先施設 |  |
| 派遣期間 | 年　　月　　日　～　　　月　　　日 |
| 摘要 ( 派遣時の留意点、条件などを記載 ) |  |

**送付先　かながわ高齢協　FAX 045-311-8768**

訓練様式５

県緊急援助隊派遣報告書

　　　 令和7年3月11日

　災害対策本部長　様

厚木・愛甲地区災害対策支部長　　志田山ホーム

　県緊急援助隊を次のとおり派遣しましたので、報告します。

|  |  |
| --- | --- |
| 派遣先施設 | ※適宜記載ください。 |
| 被害概要等 | 派遣要請書のとおり。( 別紙２ ) **※訓練では記載不要です。** |
| 派遣期間 | 令和7年3月14日～3月20日 |
| 摘要 ( 交通手段、携行品などを記載 ) | ・地区災害対策支部長等の車を使用  ・緊急援助隊携行品一式  ・食料、マスク、手袋、アルコール消毒薬、タオルほか 　 ( 例 ) |

○派遣職員 ※隊長の者に○印を記載してください。 ( 訓練では、性別、年齢は記載しません。 )

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 隊長 | 氏　名 | 年齢 | 性別 | 職　種 | 派遣施設等名称 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

※　訓練ですので、5名以下でも結構です。

※　被害状況の報告を支部長、副支部長で受けている地区では訓練ですのでそれぞれで報告してく 　　ださい。

**※　編成できなかった場合は、次にレ点を入れてください。　□　編成出来ませんでした。**

○他地区からの要請について **※訓練ですので、記載不要です。**

|  |  |
| --- | --- |
| 項目 | 内 容 |
| 派遣の必要性 | □　必要とする。　□　必要としない。 |
| 派遣先施設 |  |
| 派遣期間 | 年　　月　　日　～　　　月　　　日 |
| 摘要 ( 派遣時の留意点、条件などを記載 ) |  |

**送付先　かながわ高齢協　FAX 045-311-8768**

訓練様式５

県緊急援助隊派遣報告書

　　　 令和7年3月11日

　災害対策本部長　様

秦野・伊勢原地区災害対策支部長　　伊勢原ホーム

　県緊急援助隊を次のとおり派遣しましたので、報告します。

|  |  |
| --- | --- |
| 派遣先施設 | ※適宜記載ください。 |
| 被害概要等 | 派遣要請書のとおり。( 別紙２ ) **※訓練では記載不要です。** |
| 派遣期間 | 令和7年3月14日～3月20日 |
| 摘要 ( 交通手段、携行品などを記載 ) | ・地区災害対策支部長等の車を使用  ・緊急援助隊携行品一式  ・食料、マスク、手袋、アルコール消毒薬、タオルほか 　 ( 例 ) |

○派遣職員 ※隊長の者に○印を記載してください。 ( 訓練では、性別、年齢は記載しません。 )

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 隊長 | 氏　名 | 年齢 | 性別 | 職　種 | 派遣施設等名称 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

※　訓練ですので、5名以下でも結構です。

※　被害状況の報告を支部長、副支部長で受けている地区では訓練ですのでそれぞれで報告してく 　　ださい。

**※　編成できなかった場合は、次にレ点を入れてください。　□　編成出来ませんでした。**

○他地区からの要請について **※訓練ですので、記載不要です。**

|  |  |
| --- | --- |
| 項目 | 内 容 |
| 派遣の必要性 | □　必要とする。　□　必要としない。 |
| 派遣先施設 |  |
| 派遣期間 | 年　　月　　日　～　　　月　　　日 |
| 摘要 ( 派遣時の留意点、条件などを記載 ) |  |

**送付先　かながわ高齢協　FAX 045-311-8768**

訓練様式５

県緊急援助隊派遣報告書

　　　 令和7年3月11日

　災害対策本部長　様

藤沢地区災害対策支部長　関野記念鵠生園

　県緊急援助隊を次のとおり派遣しましたので、報告します。

|  |  |
| --- | --- |
| 派遣先施設 | ※適宜記載ください。 |
| 被害概要等 | 派遣要請書のとおり。( 別紙２ ) **※訓練では記載不要です。** |
| 派遣期間 | 令和7年3月14日～3月20日 |
| 摘要 ( 交通手段、携行品などを記載 ) | ・地区災害対策支部長等の車を使用  ・緊急援助隊携行品一式  ・食料、マスク、手袋、アルコール消毒薬、タオルほか 　 ( 例 ) |

○派遣職員 ※隊長の者に○印を記載してください。 ( 訓練では、性別、年齢は記載しません。 )

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 隊長 | 氏　名 | 年齢 | 性別 | 職　種 | 派遣施設等名称 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

※　訓練ですので、5名以下でも結構です。

※　被害状況の報告を支部長、副支部長で受けている地区では訓練ですのでそれぞれで報告してく 　　ださい。

**※　編成できなかった場合は、次にレ点を入れてください。　□　編成出来ませんでした。**

○他地区からの要請について **※訓練ですので、記載不要です。**

|  |  |
| --- | --- |
| 項目 | 内 容 |
| 派遣の必要性 | □　必要とする。　□　必要としない。 |
| 派遣先施設 |  |
| 派遣期間 | 年　　月　　日　～　　　月　　　日 |
| 摘要 ( 派遣時の留意点、条件などを記載 ) |  |

**送付先　かながわ高齢協　FAX 045-311-8768**

訓練様式５

県緊急援助隊派遣報告書

　　　 令和7年3月11日

　災害対策本部長　様

茅ヶ崎・寒川地区災害対策支部長　アザリヤホーム

　県緊急援助隊を次のとおり派遣しましたので、報告します。

|  |  |
| --- | --- |
| 派遣先施設 | ※適宜記載ください。 |
| 被害概要等 | 派遣要請書のとおり。( 別紙２ ) **※訓練では記載不要です。** |
| 派遣期間 | 令和7年3月14日～3月20日 |
| 摘要 ( 交通手段、携行品などを記載 ) | ・地区災害対策支部長等の車を使用  ・緊急援助隊携行品一式  ・食料、マスク、手袋、アルコール消毒薬、タオルほか 　 ( 例 ) |

○派遣職員 ※隊長の者に○印を記載してください。 ( 訓練では、性別、年齢は記載しません。 )

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 隊長 | 氏　名 | 年齢 | 性別 | 職　種 | 派遣施設等名称 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

※　訓練ですので、5名以下でも結構です。

※　被害状況の報告を支部長、副支部長で受けている地区では訓練ですのでそれぞれで報告してく 　　ださい。

**※　編成できなかった場合は、次にレ点を入れてください。　□　編成出来ませんでした。**

○他地区からの要請について **※訓練ですので、記載不要です。**

|  |  |
| --- | --- |
| 項目 | 内 容 |
| 派遣の必要性 | □　必要とする。　□　必要としない。 |
| 派遣先施設 |  |
| 派遣期間 | 年　　月　　日　～　　　月　　　日 |
| 摘要 ( 派遣時の留意点、条件などを記載 ) |  |

**送付先　かながわ高齢協　FAX 045-311-8768**

訓練様式５

県緊急援助隊派遣報告書

　　　 令和7年3月11日

　災害対策本部長　様

湘南地区災害対策副支部長　サンレジデンス湘南

　県緊急援助隊を次のとおり派遣しましたので、報告します。

|  |  |
| --- | --- |
| 派遣先施設 | ※適宜記載ください。 |
| 被害概要等 | 派遣要請書のとおり。( 別紙２ ) **※訓練では記載不要です。** |
| 派遣期間 | 令和7年3月14日～3月20日 |
| 摘要 ( 交通手段、携行品などを記載 ) | ・地区災害対策支部長等の車を使用  ・緊急援助隊携行品一式  ・食料、マスク、手袋、アルコール消毒薬、タオルほか 　 ( 例 ) |

○派遣職員 ※隊長の者に○印を記載してください。 ( 訓練では、性別、年齢は記載しません。 )

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 隊長 | 氏　名 | 年齢 | 性別 | 職　種 | 派遣施設等名称 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

※　訓練ですので、5名以下でも結構です。

※　被害状況の報告を支部長、副支部長で受けている地区では訓練ですのでそれぞれで報告してく 　　ださい。

**※　編成できなかった場合は、次にレ点を入れてください。　□　編成出来ませんでした。**

○他地区からの要請について **※訓練ですので、記載不要です。**

|  |  |
| --- | --- |
| 項目 | 内 容 |
| 派遣の必要性 | □　必要とする。　□　必要としない。 |
| 派遣先施設 |  |
| 派遣期間 | 年　　月　　日　～　　　月　　　日 |
| 摘要 ( 派遣時の留意点、条件などを記載 ) |  |

**送付先　かながわ高齢協　FAX 045-311-8768**

訓練様式５

県緊急援助隊派遣報告書

　　　 令和7年3月11日

　災害対策本部長　様

小田原・足柄地区災害対策支部長　　ルビーホーム

　県緊急援助隊を次のとおり派遣しましたので、報告します。

|  |  |
| --- | --- |
| 派遣先施設 | ※適宜記載ください。 |
| 被害概要等 | 派遣要請書のとおり。( 別紙２ ) **※訓練では記載不要です。** |
| 派遣期間 | 令和7年3月14日～3月20日 |
| 摘要 ( 交通手段、携行品などを記載 ) | ・地区災害対策支部長等の車を使用  ・緊急援助隊携行品一式  ・食料、マスク、手袋、アルコール消毒薬、タオルほか 　 ( 例 ) |

○派遣職員 ※隊長の者に○印を記載してください。 ( 訓練では、性別、年齢は記載しません。 )

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 隊長 | 氏　名 | 年齢 | 性別 | 職　種 | 派遣施設等名称 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

※　訓練ですので、5名以下でも結構です。

※　被害状況の報告を支部長、副支部長で受けている地区では訓練ですのでそれぞれで報告してく 　　ださい。

**※　編成できなかった場合は、次にレ点を入れてください。　□　編成出来ませんでした。**

○他地区からの要請について **※訓練ですので、記載不要です。**

|  |  |
| --- | --- |
| 項目 | 内 容 |
| 派遣の必要性 | □　必要とする。　□　必要としない。 |
| 派遣先施設 |  |
| 派遣期間 | 年　　月　　日　～　　　月　　　日 |
| 摘要 ( 派遣時の留意点、条件などを記載 ) |  |

**送付先　かながわ高齢協　FAX 045-311-8768**

訓練様式５

県緊急援助隊派遣報告書

　　　 令和7年3月11日

　災害対策本部長　様

　災害対策本部長

　県緊急援助隊を次のとおり派遣しましたので、報告します。

|  |  |
| --- | --- |
| 派遣先施設 | ※適宜記載ください。 |
| 被害概要等 | 派遣要請書のとおり。( 別紙２ ) **※訓練では記載不要です。** |
| 派遣期間 | 令和7年3月14日～3月20日 |
| 摘要 ( 交通手段、携行品などを記載 ) | ・地区災害対策支部長等の車を使用  ・緊急援助隊携行品一式  ・食料、マスク、手袋、アルコール消毒薬、タオルほか 　 ( 例 ) |

○派遣職員 ※隊長の者に○印を記載してください。 ( 訓練では、性別、年齢は記載しません。 )

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 隊長 | 氏　名 | 年齢 | 性別 | 職　種 | 派遣施設等名称 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

※　訓練ですので、5名以下でも結構です。

※　被害状況の報告を支部長、副支部長で受けている地区では訓練ですのでそれぞれで報告してく 　　ださい。

**※　編成できなかった場合は、次にレ点を入れてください。　□　編成出来ませんでした。**

○他地区からの要請について **※訓練ですので、記載不要です。**

|  |  |
| --- | --- |
| 項目 | 内 容 |
| 派遣の必要性 | □　必要とする。　□　必要としない。 |
| 派遣先施設 |  |
| 派遣期間 | 年　　月　　日　～　　　月　　　日 |
| 摘要 ( 派遣時の留意点、条件などを記載 ) |  |

**送付先　かながわ高齢協　FAX 045-311-8768**