

**(災害)緊急**

年 月 日

千葉県健康福祉部長 様  
(衛生指導課)

火葬場設置者

市町村分 火葬実施報告書

当火葬場において、市町村から搬入された遺体の火葬実施状況等を次のとおり報告します。

火葬場名称及び所在地									
火葬実績	月日・曜日	依頼数 (体)	内 訳						
			災害等による死亡 (体)			災害等以外の死亡 (体)			
			大人	小人	胎児	大人	小人	胎児	
	月 日 ( )								
	月 日 ( )								
	月 日 ( )								
	月 日 ( )								
	月 日 ( )								
	月 日 ( )								
	合計								
その他	ヘリポート等からの遺体搬送件数等：				件、		体		
	ヘリポート等における動員人数等：		延		日、		人		
	被災火葬場への要員派遣日数等：		延		日、		人		
	その他 ( )								
報告担当者	担当部課係								
	職名・氏名								
	電 話	(内線)							
	F A X								

① 本票は、広域火葬協力火葬場及び関係市町村が平常時に使用している火葬場共通様式である。(災害等による遺体を火葬した全ての火葬場は、本票により報告すること。)

② 小人は、12才未満の子供とすること。

③ 死亡原因が災害等か否かを区別できない遺体については、「災害等による死亡」として計上すること。

※連絡先 千葉県健康福祉部衛生指導課

電話 043(223)2627 又は 012(500)7254

FAX 043(227)2713 又は 012(500)7259