**ＦＡＸ送信票**

件名：災害時の情報連絡体制および情報共有ツール「LINE WORKS（ラインワークス）」

の登録に関する調査（回答）

【調査内容】

　以下の項目についてご回答ください。

　１　団体名

　２　災害医療担当者（災害発生時に区との連絡を行う方）の連絡先

　３　訓練担当者（平常時に行う訓練を担当される方）の連絡先

　４　LINE WORKSの登録の有無

　５　LINE WORKSの登録内容の変更（該当がある場合のみ）

【回答】

※回答は１ページから３ページまで続きますので、ご注意ください。

|  |  |
| --- | --- |
| Ｑ１．団体名【必須】 | |
|  | |
| Ｑ２．災害医療担当者の連絡先１【必須】 | |
| 氏名 |  |
| フリガナ |  |
| 電話番号 |  |
| メールアドレス |  |
| Ｑ３．災害医療担当者の連絡先２ | |
| 氏名 |  |
| フリガナ |  |
| 電話番号 |  |
| メールアドレス |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Ｑ４．災害医療担当者の連絡先３ | |
| 氏名 |  |
| フリガナ |  |
| 電話番号 |  |
| メールアドレス |  |
| Ｑ５．訓練担当者の連絡先１【必須】 | |
| 氏名 |  |
| フリガナ |  |
| 電話番号 |  |
| メールアドレス |  |
| Ｑ６．訓練担当者の連絡先２ | |
| 氏名 |  |
| フリガナ |  |
| 電話番号 |  |
| メールアドレス |  |
| Ｑ７．訓練担当者の連絡先３ | |
| 氏名 |  |
| フリガナ |  |
| 電話番号 |  |
| メールアドレス |  |

|  |
| --- |
| Ｑ８．LINE WORKSの登録の有無【必須】  　　　※登録が困難な方はその理由を「Ｑ９．自由意見」にご記入ください。 |
| 有　　　　　　・　　　　　　無 |
| Ｑ９．LINE WORKSの登録内容の変更（登録内容の修正や削除がある場合は対象者名  などをご記入ください。） |
| （例）災害医療担当者名を練馬太郎から石神井次郎に修正してください。 |
| Ｑ10．自由意見 |
| （例）会社のセキュリティの関係でLINE WORKSは導入できていません。 |