**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。 |