

滞在期間 月 日 ~ 月 日 (AM ・ PM ・終日) 時まで

日赤救護班名簿

到着時間(:)

病院名

No.	氏名	年齢	生年月日	職名	専門(ex内科等)	電話番号
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						

衛星電話番号	
代表者電話番号1	
代表者電話番号2	
無線(150MHz コールサイン)	につせき(・)
タイヤ	スタットレス ・ ノーマル
車両の台数	救急車()台 資材車()台 トラック()台 パワーゲート(有・無し)
ガソリン残量	()割

備考