様式第17号

医療関係施設被害

市町村:

災害名:　　発生日時:

報告元:　　報告日時:

報告者:　　報告番号:

施設区分	公的区分	施設数	被　害 施設数	被害額 （千円）	外来不能 施設数	入院不能 施設数	備　　考