

資料7 し尿処理体制に関する被災状況等報告

年 月 日

大阪府健康医療部環境衛生課長 様

大阪府災害対策本部長

【健康医療部環境衛生課扱い】

\_\_\_\_\_市町村災害対策本部長

し尿処理体制に関する被災状況等報告（第\_\_報）

\_\_\_\_\_年\_\_月\_\_日\_\_時\_\_分に発生した災害（地震・台風・降雨・その他（\_\_\_\_\_））によるし尿処理体制に関する被災状況等は、以下の通りです。

点検日時		年 月 日		
し尿処理施設	施設名			
	所在地			
	被災状況	施設の稼働	<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 一部不能（処理能力 <b>kL</b> /日） <input type="checkbox"/> 不能 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 調査中	
		処理設備	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（状況 _____）	
		処理付帯設備	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（状況 _____）	
		建 屋	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（状況 _____）	
		その他	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（状況 _____）	
	電話・職員の確保	<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 支障あり		
し尿等の受入	支援要請	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（約 <b>kL</b> /日）		
	支援協力体制	<input type="checkbox"/> 可（約 <b>kL</b> /日） <input type="checkbox"/> 不可 （ _____ ）		
下水道	支援協力体制 （し尿等の受入）	単独公共下水道	<input type="checkbox"/> 可（約 <b>kL</b> /日） <input type="checkbox"/> 不可 （ _____ ）	
		前処理施設	<input type="checkbox"/> 可（約 <b>kL</b> /日） <input type="checkbox"/> 不可 （ _____ ）	
収集運搬	被災状況	収集運搬体制	<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 支障あり（バキューム車等収集運搬車 約 _____台）	
	支援協力体制	バキューム車等収集運搬車	<input type="checkbox"/> 可（約 _____台） <input type="checkbox"/> 不可（ _____ ）	
連絡担当者		担当部局課		
		職名・氏名		
		電話	_____（内線； _____）	
		<b>FAX</b>		
		<b>E-mail</b>		

\*なお、報告内容に変更が生じた場合は、その都度報告して下さい。