

応援要請シート（日野市）

年 月 日 時 分作成

要請先：東京都災害対策本部区市町村調整部門

自治体名・担当部署名		
担当者名・連絡先	TEL: - - 防災行政無線： E-mail:	
業 務 名		
要 請 人 数		
期 間 (想 定)		
集 合 場 所		
活 動 内 容		
応援職員に求める要件	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	職種： 資格： 経験：
活 動 場 所	拠 点	
	現 場	
	資機材等	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 要持参 <input type="checkbox"/> 不要
業務マニュアル	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	マニュアル等名：
備 考		

<都災害対策本部処理欄>

派遣要請等 結果報告	
---------------	--