様式２－１

**医薬品等卸売販売業者被災・業務継続状況報告様式【卸業者 → 組合等】**

|  |  |
| --- | --- |
| **発信元** | 事業所名　　　　　　　　　　　　　　　所在地電話番号　　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ番号Ｅ－ｍａｉｌ　　　　　　　　　　　　　担当 |
| **日時** | 　　　　年　　　月　　　日　　　　　　時　　　　分 |

|  |  |
| --- | --- |
| **送信先** | ○○組合ＦＡＸ番号　　　　　　　　　　　　　Ｅ－ｍａｉｌ |

**１　医薬品等卸売販売業者被災・業務継続状況（該当項目を○で囲ってください。）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 建物被害 | 有 | 無 |
| 浸水被害 | 有 | 無 |
| 建物倒壊、または倒壊のおそれ | 有 | 無 |
| 従業員被害 | 有 | 無 |
| 医薬品等被害 | 有 | 無 |
| ライフラインの被災状況 | 停電 | 断水 | 電話不通 | インターネット接続不可 |
| 業務継続 | 不可 | 可 |
| 供給不足 | 有 | 無 |
| 配達困難 | 有 | 無 |

**２　その他（上記以外で支援が必要な理由があれば記入してください。）**