（様式５－２）　　年　　月　　日

救 護 所 受 付 簿

受付番号	氏　名	年齢 性別	住　所 （連絡先）	処置内容	除染処置	搬送等
		男・女	（　　）		□ なし □ あり □ 除染不可	
		男・女	（　　）		□ なし □ あり □ 除染不可	
		男・女	（　　）		□ なし □ あり □ 除染不可	
		男・女	（　　）		□ なし □ あり □ 除染不可	
		男・女	（　　）		□ なし □ あり □ 除染不可	
		男・女	（　　）		□ なし □ あり □ 除染不可	
		男・女	（　　）		□ なし □ あり □ 除染不可	
		男・女	（　　）		□ なし □ あり □ 除染不可	
		男・女	（　　）		□ なし □ あり □ 除染不可	
		男・女	（　　）		□ なし □ あり □ 除染不可	
		男・女	（　　）		□ なし □ あり □ 除染不可	
		男・女	（　　）		□ なし □ あり □ 除染不可	
		男・女	（　　）		□ なし □ あり □ 除染不可	
		男・女	（　　）		□ なし □ あり □ 除染不可	
		男・女	（　　）		□ なし □ あり □ 除染不可	
		男・女	（　　）		□ なし □ あり □ 除染不可	