

表D1 醫療機構重大災害災情速報表

填報機關：行政院衛生署 災害名稱：_____

速報時間： 年 月 日 時 分

核定人：_____

速報人：_____

速報別：☐初報 ☐續報() ☐結報

聯絡電話：(0) _____ (手機) _____

即時報

單元：千元

縣市別	醫事機構損失金額			醫事機構復建金額		
	小計	房舍	醫療儀器與設備	小計	房舍	醫療儀器與設備
總計						
台北縣						
宜蘭縣						
桃園縣						
新竹縣						
苗栗縣						
台中縣						
彰化縣						
南投縣						
雲林縣						
嘉義縣						
台南縣						
高雄縣						
屏東縣						
台東縣						
花蓮縣						
澎湖縣						
基隆市						
新竹市						
台中市						
嘉義市						
台南市						
台北市						
高雄市						
金門縣						
連江縣						

備註：核定人欄係由單位該時段進駐中央災害應變中心最高職級者或其職務代理人簽章（名）。