

表D1 醫療機構災情通報表

填報機關：衛生福利部

災害名稱：_____

通報時間： 年 月 日 時 分

核定人：

通報人：

通報別：☐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						
基隆市						
臺北市						
新北市						
桃園縣						
新竹縣						
新竹市						
苗栗縣						
臺中市						
彰化縣						
南投縣						
雲林縣						
嘉義縣						
嘉義市						
臺南市						
高雄市						
屏東縣						
宜蘭縣						
花蓮縣						
臺東縣						
澎湖縣						
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指揮官或其代理人簽章（名）。