

表D1a 醫療機構災情通報表

直轄市縣市別：

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

[illegible]

備註：核定人欄係由單位該時段進駐災害應變中心指揮官或其代理人簽章（名）。