提出締切：令和６年１月１５日（月）

提出先：豊中市保健所コロナ健康支援課　栄養士あて

　　　　　E-mail：kenkoushien@city.toyonaka.osaka.jp

FAX：06-6152-7328

**災害時を想定した食事提供の訓練に関するアンケート**

施設名：

　　　　　　　ご担当者名：

電話番号：

貴施設について、あてはまるものに〇をつけてください。

Ｑ１：災害時を想定した食事提供の実動訓練を実施したことがありますか？

|  |  |
| --- | --- |
|  | 実施したことがある |
|  | 今後検討したい |
|  | 今後も検討予定なし |
|  | その他（具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

Ｑ２：災害時の食事提供に関する机上訓練（想定訓練）を実施したことがありますか？

|  |  |
| --- | --- |
|  | 実施したことがある |
|  | 今後検討したい |
|  | 今後も検討予定なし |
|  | その他（具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

ご協力ありがとうございました。