

臺南市○○區

(收容所名稱) 避難收容處所

## 受災民眾緊急安置所登記表

登記民眾 (代表人)	姓名		身分證字號	
	出生	年 月 日 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	電 話	
人口數	男:            女:	65歲以上 人、12歲以下 人		
住 址	臺南市 區 里 路街 巷 號 樓之			
家屬姓名 (稱謂)				
可聯絡親友		電 話		
以上由受災戶填寫				
受災日期	年 月 日		簽 章	
受災民眾 來 源	<input type="checkbox"/> 自行來所		分配住宿 編 號	<input type="checkbox"/> 有眷: ____號 <input type="checkbox"/> 單身: ____號
	<input type="checkbox"/> 單位送來(單位名稱)			
離所方式	<input type="checkbox"/> 自行返家	安置日期	到所時間: 年 月 日 時 分	
	<input type="checkbox"/> 安排座車		離開時間: 年 月 日 時 分	
遭受損害 情 形				
醫療紀錄				
備 註				

填表人 \_\_\_\_\_

