

県民一斉防災訓練!

ぎふシェイクアウト

～地震発生時に、自分の身を守るための安全行動を一斉に行う訓練～

標準日時 平成26年8月31日(日) 午前10時※

参加者募集

※参加者の都合で、前後2週間程度の間で自由に時間を設定し、実施してください。

シェイクアウト訓練とは?

2008年にアメリカで始まった防災訓練で、①統一した地震シナリオに基づき、②指定された日時に、③身を守る安全行動を行い、日ごろから瞬時の行動を習慣化することを目的として行う訓練です。



▲訓練の様子

★以下の3つの安全行動を1分間!



<訓練実施例>

※事前に訓練時間・内容について周知することをお勧めします。

「訓練です。訓練です。」

ただ今、地震が発生しました。

直ちに身の安全を確保してください。姿勢を低くし、机の下など安全な場所で、揺れが収まるまで、じっとしてください。」

1分後

「揺れが収まりました。周りの安全を確認して、元にお戻りください。以上で訓練を終了します。ありがとうございました。」



主催：岐阜県（お問い合わせ：058-272-1125 岐阜県防災課）
協力：効果的な防災訓練と防災啓発提唱会議（ShakeOut提唱会議）

清流の国ぎふ

みなさんも訓練に参加してみませんか？ 参加申込方法は裏面へ →

ぎふシェイクアウト あなたも参加してみませんか？

シェイクアウト訓練は、その場で、短時間で実施できるという気軽さに特徴があります。いざというときのとっさに自分の身を守る行動を身につけ、地震の発生に備えましょう。個人、団体は問いませんので、奮って参加をお待ちしております。

申込方法①

インターネットでのお申し込み

下記URLにアクセスし、参加申込専用ページからお申込みください。

URL:<http://www.shakeout.jp/gifu/>

ぎふ シェイクアウト

検索

申込方法②

FAXでのお申し込み

下記様式に必要事項を記入のうえ、この面をFAXにて送信してください。

FAX番号: 058-271-4119 (岐阜県防災課FAX)

| | | | | |
|-------------------------------------|--|---|--|---|
| 参加形態 | <input type="checkbox"/> 個人／家族 <input type="checkbox"/> 仲間／任意のグループ <input type="checkbox"/> 小・中学校 <input type="checkbox"/> 保育園／幼稚園 <input type="checkbox"/> 国の機関／公的機関 <input type="checkbox"/> 企業 <input type="checkbox"/> その他団体 | | <input type="checkbox"/> 町内会／近所のグループ <input type="checkbox"/> 自主防災組織 <input type="checkbox"/> 高校／大学 <input type="checkbox"/> 医療／福祉関係機関 <input type="checkbox"/> 地方自治体 <input type="checkbox"/> 協同組合（漁業／農業／林業） | |
| 氏名(団体名) | ふりがな <hr/> ※家族、仲間、近所のグループの場合は、代表者氏名をご記入ください。 | | | |
| メールアドレス | @ | | | |
| 電話番号 | - | - | FAX番号 | - |
| 参加予定人数 | 人 | | 所在市町村 | |
| 訓練参加日 | <input type="checkbox"/> 8月31日(日) | | <input type="checkbox"/> 8月31日(日)の前後2週間程度の日 | |
| シェイクアウト訓練と同時に行う訓練 | <input type="checkbox"/> 避難訓練 <input type="checkbox"/> 初期消火訓練 <input type="checkbox"/> 避難所開設訓練 <input type="checkbox"/> その他【 | | <input type="checkbox"/> 備蓄物資の確認 <input type="checkbox"/> 児童引渡訓練 <input type="checkbox"/> 業務継続計画遂行訓 】 | |
| ※なければ空欄 | | | | |
| 以下は団体の方のみご記入ください。 | | | | |
| 組織形態 | <input type="checkbox"/> 組織・学校での参加 | | <input type="checkbox"/> 部署・学校のクラスでの参加 | |
| ウェブサイト | ※Webサイトがある場合のみご記入ください。 | | | |
| ホームページ又はその他資料上に、参加者として掲載してよろしいか。 | | | | |
| <input type="checkbox"/> はい 担当者氏名:【 | | | | |
| <input type="checkbox"/> いいえ | | | | |

※ご登録いただきました情報に関しては、本訓練の目的以外には使用しません。

※訓練終了後(9月上旬予定)、県のホームページにてアンケートを実施しますので、ご協力をお願いします。