（様式）

**年度沖縄県災害派遣精神医療チーム（ＤＰＡＴ）登録申請書**

沖縄県知事　殿

　沖縄県災害派遣精神医療チーム設置要綱第４条第１項第２号の規定に基づき、機関として下記のとおりチーム編成の上、沖縄県DPAT登録を申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 機　　関　　名 |  |
| 住　　　　　所 | 〒 |
| 電　　　　　話 |  | Ｆ　Ａ　Ｘ |  |
| メールアドレス（窓口担当） |  |
| DPAT編成の可否 |  単独チーム編成 ：　[ ] 可 （チーム数：　　） [ ] 否  協同チーム編成 ：　[ ] 可　　　　　　　　　　　[ ] 否 |
| 派遣可能な職種と人数、構成員名簿 | 精神科医師（　　　人）看　護　師（　　　人）業務調整員（　　　人）　☑構成員は別紙名簿のとおり |
| ※沖縄県DPATの１チームの標準的な編成は、精神科医師(\*)、看護師、業務調整員（ロジスティクス）の３職種を含めた３～６人程度で構成する。(\*):必須要員。先遣隊を構成する医師は、精神保健指定医でなければならない。先遣隊以外の班を構成する医師は、精神保健指定医であることが望ましい。※沖縄県DPATは、一つの機関で編成するか、他機関との協同チーム編成も可とする。※本登録申請書を提出した機関は、所属するDPATの構成員について、別紙の名簿を提出すること。また、DPAT構成員に沖縄県のDPAT研修を受講させることとする。 |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　機　関　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　機関の長名