（別紙様式第３号）

岩手ＤＰＡＴ出動可否報告書

年　　　月　　　日

岩 手 県 知 事　　様

指定医療機関名

指定医療機関の長名

　岩手ＤＰＡＴの出動について、下記のとおり報告します。

記

* 出動できます

|  |  |
| --- | --- |
| １　出動可能日 | 　　年　　月　　日～　　　　　年　　月　　日 |
| ２　出動班員（予定） | 精神科医師 |  |
| 看　護　師 |  |
| 業務調整員 |  |
| そ　の　他 |  |
| ３　移動方法（予定） |  |
| ４　特記事項 |  |

　※　複数班を出動できる場合は、その旨が分かるよう記載すること。

* 出動できません