（別紙様式第４号）

岩手ＤＰＡＴ活動報告書

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の活動状況について、下記のとおり報告します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １　出動班員 | 精神科医師 |  |
| 看　護　師 |  |
| 業務調整員 |  |
| そ　の　他 |  |
| ２　活動期間 | 出動要請受信日時 | 　　年　　月　　日（　　曜日）　時　　分 |
| 出動日時 | 　　年　　月　　日（　　曜日）　時　　分 |
| 現場活動開始日時 | 　　年　　月　　日（　　曜日）　時　　分 |
| 現場活動終了日時 | 　　年　　月　　日（　　曜日）　時　　分 |
| 病院到着日時 | 　　年　　月　　日（　　曜日）　時　　分 |
| ３　移動経路 |  |
| ４　活動の概要 |  |
| ５　その他次期チームの派遣に際して参考となる事項 |  |

　※　複数班を出動させている場合は、班ごとに報告すること。

※上記項目について記入いただき、病院帰着後に下記の課あてＦＡＸ願います。

【連絡先】岩手県保健福祉部障がい保健福祉課　FAX 019-629-5454　TEL 019-629-5450