

ローカル DPAT 普及研修（講義編） 申込書

厚生労働省委託事業 DPAT 事務局 研修担当者 宛て
(FAX 03-6453-7524 / E-mail : training@dpat.jp)

病院名

参加者リスト（精神科医師、看護師、業務調整員を含む計 3～5 名）

1 精神科医師

氏名 _____ 所属先 _____

役職名 _____

2 看護師

氏名 _____ 所属先 _____

役職名 _____

3 業務調整員

氏名 _____ 所属先 _____

役職名 _____

4

氏名 _____ 所属先 _____

役職名 _____

5

氏名 _____ 所属先 _____

役職名 _____

【連絡窓口】

所属 _____

氏名 _____

TEL _____

MAIL _____