（様式第５号）

年　　月　　日

大阪府知事　様

医療機関所在地

医療機関名

管理者名

大阪DPAT協力医療機関申出書

　大阪DPAT設置運営要綱第５条第２項に基づき、当医療機関を大阪DPAT協力医療機関に登録されるよう申出します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| １　医療機関名 |  |
| ２　電話番号 |  |
| ３　ファックス番号 |  |
| ４　メールアドレス |  |
| ５　衛星電話 | □　有　種類　　　　　　　　　　（番号）□　無 |
| ６　派遣要請時の窓口 | 担当部署名：電話番号： |
| ７　担当者 |  |
| ８　大阪DPAT隊員による班の編成の可否 | 大阪DPAT隊員で班を□編成できる　　　　□編成できない　　　 |
| ９　特記事項 | 　 |

※添付資料

　　大阪DPAT活動職員名簿（様式第６号）