

別紙 令和7年2月7日(金)までに、ご返送下さい。

メール 送信先 **長崎子ども・女性・障害者支援センター 脇屋宛**

メールアドレス m-wakiya@pref.nagasaki.lg.jp

令和6年度長崎県災害派遣医療チーム(DPAT)研修会参加申込書

機 関 名 _____

担当者名 _____

連絡先 _____

メールアドレス _____

※第1部はオンライン開催となりますので、後ほど招待メールを送付します。
直接御記入頂く場合は、メールアドレスは大きくはっきりとご記載ください。
特に小文字、大文字の区別、記号(- . _ @)については、明確にご記入いただきますようお願い申し上げます。

- 1 開催日時 令和7年2月16日(日)
第1部 10:00~12:00(受付9:30)
第2部 13:00~17:40(受付12:30)

- 2 開催方法 第1部 オンライン形式 (各医療機関からのオンライン参加)
第2部 集合形式 (会場:長崎子ども・女性・障害者支援センター)

3 参加者名

氏 名	職 種	DPAT派遣経験 有 無	参 加 (どちらか1つに☑)
			<input type="checkbox"/> 第1部参加 <input type="checkbox"/> 第2部参加
			<input type="checkbox"/> 第1部参加 <input type="checkbox"/> 第2部参加
			<input type="checkbox"/> 第1部参加 <input type="checkbox"/> 第2部参加
			<input type="checkbox"/> 第1部参加 <input type="checkbox"/> 第2部参加

【注意事項】

※第1部参加の方への連絡

- ・EMIS入力演習を行います。医療機関ごとに配布されている、EMISシステムログイン用ID、PASSが必要になりますのでご準備ください。(所属管理者へ確認要)
- ・一つの医療機関で複数名参加される場合は、各医療機関に参集され受講ください。
- ・第2部ではより実践に近い学びができますのでお勧めいたします。
- ・第1部の受講では長崎県ローカルDPATへの登録申請はできません。

※第2部参加の方への連絡

- ・第2部は長崎県ローカルDPAT登録要件を満たす研修会となり、登録申請することが可能となります。
- ・会場の駐車場は利用できません。公共交通機関又は有料駐車場をご利用ください。
- ・マスク等の感染対策にご協力ください。
- ・当日、体調が悪い方はご無理されず、次回の参加をご検討ください。