

愛媛県DPAT登録申請書

愛媛県知事

様

年 月 日

氏名 (ふりがな)			男 ・ 女
生年月日	(S ・ H) 年 月 日生 (歳)		
住所 (自宅)	〒 ー		
電話番号	自宅TEL: 携帯番号: 携帯メールアドレス:		
緊急連絡先	氏名	TEL① ②	
就業先	施設名:		
	住所:		
	TEL:		FAX:
	E-mail:		
職種	精神科医師 (指定医有 ・ 指定医無)	経験年数	年
	薬剤師 ・ 看護師 ・ 保健師 精神保健福祉士 ・ 臨床心理技術者 その他() ・ 事務職	災害派遣歴 (時期、派遣先)	有 ・ 無 ()
備考	DPAT関連の研修会又は国等が主催するこれと同等の研修の受講歴 (有(受講年、研修名;) ・ なし)		

個人情報の取扱いに関する承諾書

愛媛県は、愛媛県DPATへの登録に際し、提供いただく個人情報に関して、個人情報保護法を遵守し下記の通り適切に利用管理する。

1. 個人情報の収集・利用・預託

1) 愛媛県DPAT登録者及び登録申込者に関する次の情報を収集する。

登録申請書に記載する項目

2) 次のために情報を利用する。

- ① 登録者名簿の作成
- ② 所属機関・団体の管理者を通じた緊急連絡、活動要請、研修会、講習会などの案内
- ③ 派遣時に必要な事務処理

2. 個人情報の取扱いに関する同意

愛媛県DPAT登録申請書を提出した時点をもって、上記個人情報に関する内容に同意したものとする。

愛媛県DPATの登録に係る個人情報の取扱いについて、上記の内容に同意いたします。

愛媛県知事

様

平成 年 月 日

所属機関・団体名

氏名

(自署)

愛媛県DPAT登録の承諾書

愛媛県DPATの構成員として、下記の者が登録することを承諾します。

年 月 日

所属機関・団体名: _____

施設・団体の長名: _____ 印

記

NO	登録申請者名	職 種
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

愛媛県DPAT登録変更・取消申請書

年 月 日

愛媛県知事

様

所属機関・団体名： _____

登録者氏名： _____

変 更 内 容	<input type="checkbox"/> 氏名 変更後の氏名 () <input type="checkbox"/> 自宅住所 変更後の自宅 〒 - TEL 携帯メールアドレス <input type="checkbox"/> その他 申請内容と変更のあった事項について記載してください。 ()
	<input type="checkbox"/> 登録の取消

※ 該当する項目の に レ印 を記入して下さい。

所属機関・団体の長の承認

上記のとおり申請することを承認します。

所属名： _____

職氏名： _____

※ 「変更」又は「取消」のうち、該当しない文字を＝で消してください。

