

登録申請日： 年 月 日

実地研修 施設情報登録届

実地研修受入施設No	施設認定No		
施設名(フリガナ)			
施設名			
所在地			
電話番号		FAX	
実施形態 ※該当するものすべてに ○をつけてください。	精神科ショートケア ・ 精神科デイケア ・ 精神科デイナイトケア 作業療法 ・ 通院集団精神療法 ・ その他()		
プログラム実施曜日 時間帯			
実地研修受入可能な 曜日・時間帯	月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ・ 日 時間帯： : ~ :		
実地研修に関する 連絡窓口 ※氏名と連絡先をご記入ください	所属、役職：		希望する連絡方法： ・メール ・TEL ・FAX ・その他()
	氏名：		
	TEL		FAX
	E-mail		
実地研修担当者名		役職	
指導スタッフ No	S-	保有資格	
実地研修担当者名		役職	
指導スタッフ No	S-	保有資格	
実地研修担当者名		役職	
指導スタッフ No	S-	保有資格	
プログラムの内容・特徴	※プログラム表(フォーマット有)もあわせて事務局へ提出してください。 ※プログラム内容や特徴については、パンフレットや資料を添付いただいても構いません。		

【実地研修 受講者へのご案内】

※この面の記載内容が受講者へ渡されます。

作成日： 年 月 日

施設名	
所在地	
アクセス	最寄駅：
宿泊施設など 施設周辺の情報	
当日の集合時間・場所	
実地研修を行う 時間帯	： ～ ： 休憩時間： ～：
遅刻・欠席時の連絡先	TEL： 時間帯： ～：
実地研修担当者名	
実地研修当日の持ち 物 昼食・服装等の留意点	
受講可能な項目	
その他 受講者への連絡事項	