

申込日: 年 月 日
 (※)決定事項連絡日: 年 月 日

実地研修 申込書(受講者情報)

受講者No(※事務局記入)	認定スタッフNo		
受講者氏名(フリガナ)	年齢	歳	性別
受講者氏名			
保有資格/役職	リワーク経験		年
所属施設名(フリガナ)			
所属施設名			
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()		
実地研修 希望日 ・必ず第1希望～第3希望まで ご記入ください。 ・実地研修は、以下の日数 (時間)となります。1日あたり 最低6時間以上の研修となります。 医師:1日(6時間以上) コメディカル:2日(12時間以上)	第1希望:	年 月 日() 年 月 日()	
	第2希望:	年 月 日() 年 月 日()	
	第3希望:	年 月 日() 年 月 日()	
実地研修先、場所などに関する希望			
実地研修日、施設名 (※)事務局記入	実地研修日は、第 希望の日程となりました。 施設名: 実地研修を行う施設の場所、時間帯などの詳細は、別途送付する 【実地研修 受講者へのご案内】 をご覧ください。 上記の決定について問題がある場合は、速やかに事務局までご連絡ください。		
事務局通信欄(※)			

【お問合せ先】一般社団法人 日本うつ病リワーク協会 事務局

FAX: 03-6262-2984 e-mail: information@utsu-rework.org