

報告日： 年 月 日

実地研修報告書

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 ・ 精神科デイナーケア 作業療法 ・ 通院集団精神療法 ・ その他()		
受講者氏名			
実地研修 実施日時	月 日()	:	～ :
	月 日()	:	～ :
	月 日()	:	～ :
実地研修担当者名		役職	
専門(認定)スタッフ No	-	保有資格	
実地研修の評価	合 ・ 否(再受講要) ※「否」をつける場合は、研修手帳の受講証明印を押印しないでください。		
評価者コメント	<p>※この評価は、レポート審査と合わせて、専門スタッフの資格付与の判断に使用されることがあります。 ※実地研修のねらい、目標に照らして、各項目の理解度、研修に対する姿勢を総合的に評価していただくようお願いいたします。</p>		
	記入者:		(印)