

実地研修実習者受け入れ実績届

日本うつ病リワーク協会
理事長 殿
研修委員長 殿

当施設は、日本うつ病リワーク協会スタッフ認定規則施行細則第 6 条に基づく実地研修について、次の通りに実習者を受け入れたことを届ける。

1. 受け入れ期間： 年 月 日～ 年 月 日

実地研修受入担当者名：

受講者氏名：

受講者所属機関：

2. 受け入れ期間： 年 月 日～ 年 月 日

実地研修受入担当者名：

受講者氏名：

受講者所属機関：

4. 受け入れ期間： 年 月 日～ 年 月 日

実地研修受入担当者名：

受講者氏名：

受講者所属機関：

5. 受け入れ期間： 年 月 日～ 年 月 日

実地研修受入担当者名：

受講者氏名：

受講者所属機関：

医療機関名：

実習担当責任者氏名：

㊟

※1 ページでおさまらない場合は、このページをコピーして記入し、1 ページ目と合わせて提出すること。

() 受け入れ期間： 年 月 日～ 年 月 日
 実地研修受入担当者名：
 受講者氏名：
 受講者所属機関：

() 受け入れ期間： 年 月 日～ 年 月 日
 実地研修受入担当者名：
 受講者氏名：
 受講者所属機関：

() 受け入れ期間： 年 月 日～ 年 月 日
 実地研修受入担当者名：
 受講者氏名：
 受講者所属機関：

() 受け入れ期間： 年 月 日～ 年 月 日
 実地研修受入担当者名：
 受講者氏名：
 受講者所属機関：

() 受け入れ期間： 年 月 日～ 年 月 日
 実地研修受入担当者名：
 受講者氏名：
 受講者所属機関：

医療機関名：

実習担当責任者氏名：

㊥