受講希望者履歴書

（ 年 月 日現在）

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな |  |
| 姓　名（姓名の間にスペースを入れる） |  |
| 生年月日（西暦） |  年 月 日（ 歳） |
| 性別 | 男性・女性 |
| 自宅住所郵便番号（半角） | 〒 |
| 自宅住所（※1） |  |
| 電話番号（半角） |  |
| メールアドレス（半角）（※2）(携帯アドレス以外) |  |
| 勤務先病院名 |  |
| 専門職種名 |  |
| 勤務先病院住所郵便番号（半角） | 〒 |
| 勤務先病院住所(※) |  |
| 勤務先電話番号（半角） | （内線　　　　　　　　） |

|  |  |
| --- | --- |
| 最終学歴（学校、大学、学部、学科） | 学校名・大学名：学部・学科：（ 年 月 卒業） |
| 取得免許（医療関係のみ） | 種別 | 取得年月日（西暦） | 登録番号 |
|  |  年 月 日 |  |
|  |  年 月 日 |  |
|  |  年 月 日 |  |

※1　自宅住所・勤務先病院住所は、確実に通知等を受け取れる住所をご記載ください。

※2　連絡先メールアドレスは、添付ファイルの受け取れるアドレスをご記載ください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 期間 | 職歴 | 医療機関名 | 診療科・部署 | 役職 |
|  年 月～ 年 月 |  |  |  |  |
|  年 月～ 年 月 |  |  |  |  |
|  年 月～ 年 月 |  |  |  |  |
|  年 月～ 年 月 |  |  |  |  |
|  年 月～ 年 月 |  |  |  |  |
| 精神科勤務歴（積算） |  年 か月（積算） |
| 精神保健関連研修の実績 | 名称 | 実施主体 | 年月日 |
|  |  |  年 月 日 |
|  |  |  年 月 日 |
|  |  |  年 月 日 |
| 受講希望動機 |  |
| チェックリスト設問に該当する場合、□マークを、チェック・ボックス☑か黒四角■マークに置き換えてください。 | □ 現在、病院に勤務している□ 勤務する病院には一般救急医療部門がある□ 一般救急医療部門に自殺未遂者が搬送・入院している□ 自殺未遂者の入院直後より介入することができる□ 勤務する病院に精神科がある□ 一般救急医療部門と精神科が緊密に連携している□ 自殺未遂者、精神疾患患者に対して医療多職種によるチーム医療が 実践されている□ リエゾン診療加算が算定可能である、または近々算定条件を満たす□ 受講者に精神科勤務経験がある□ 病院長からの推薦を受けられる |
| 備考 |  |
| 上記のとおり相違ありません 年 月 日氏名： |