

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	
受講希望動機				
<p>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。</p>	<input type="checkbox"/> 現在、病院に勤務している <input type="checkbox"/> 勤務する病院には一般救急医療部門がある <input type="checkbox"/> 一般救急医療部門に自殺未遂者が搬送・入院している <input type="checkbox"/> 自殺未遂者の入院直後より介入することができる <input type="checkbox"/> 勤務する病院に精神科がある <input type="checkbox"/> 一般救急医療部門と精神科が緊密に連携している <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 受講者に精神科勤務経験がある <input type="checkbox"/> 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:				