受　　講　　願　　書

　　年　　月　　日

国立研究開発法人

国立精神・神経医療研究センター

精神保健研究所長　様

勤務先

勤務先所在地

現住所

氏　名　　　　　　　　　　　　　　　㊞

貴所の令和2年度第　　　回　　　　　　　　　　　　　　　研修を受講したいので、関係書類を添えて申請します。

また、受講対象者としては、下記に該当します。

（　　）行政的な立場で研修の実施に携わる者

（　　）医療、保健、福祉、教育等の分野で支援に携わる者

（　　）その他

　　※いずれか1つに〇をお付け下さい。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 性別 | ※この欄には記入しないこと |
| 氏名 |  | 男・女 |
| 受　　　　　理 | 判定 |
| 生年月日 | 昭和・平成　　　　　年　　 月　　 日 生(　 歳) | 　　年　　月　　日 |  |
| 自宅住所 |  |
| 勤務先 | 名称 |  |
| 所属部署 |  |
| 所在地 |  | 〒 |  |
| 電話 |  |
| E-Mail |  |
| 現在の職種（一つ選択） | ・医師（精神科）　　 ・臨床心理技術者　 ・薬剤師・医師（精神科以外） ・精神保健福祉士 ・保健師 ・作業療法士　　　　・看護師 ・社会福祉士・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 最終学歴 | 学校・学部・学科名 | 卒　　　　　　業 |
|  | 　　　年　　　月 |
| 看護関係学歴（看護師のみ記入） | 学校・学科 | 卒　　　　　　業 |
|  | 　　　年　　　月 |
| 取得免許(医療関係に限る) | 免許の名称 | 登録番号 | 取得年月日 |
|  |  | 　　　年　　月　　日 |
|  |  | 　　　年　　月　　日 |
|  |  |  年　　月　　日 |
| 精神保健関係の研修受講歴 | 研　　　修　　　名 | 受　講　期　間 |
|  | 年　月から年　月まで |  年　ヵ月 |
|  | ：　：：　： | ・ |
| 職歴 | 勤務先・所属部課・診療科名 | 職名 | 勤務期間 |
|  |  |  年　月から 年　月まで |  年　ヵ月 |
|  |  | ：　：：　： | ・ |
|  |  | ：　：：　： | ・ |
|  |  | ：　：：　： | ・ |
|  |  | ：　：：　： | ・ |
|  |  | ：　：：　： | ・ |
| 精神科関係の勤務歴（通算） | 年　　　ヵ月 |
| 現在の職務内容(簡明に記載) |  |
| 研修志望理由 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 研修内容に対する要望等 |  |
| 研修企画・講師歴（直近3年間について記載） | 研修名 | 役割（どちらかに〇） |
|   | 研修講師・企画運営等 |
|   | 研修講師・企画運営等 |
|   | 研修講師・企画運営等 |
| 「かかりつけ医等発達障害対応力向上研修」の企画や講師の予定について |  |
| 備考欄 |  |

|  |
| --- |
| (受講推薦理由) |
| 上記の者を貴所の第　　回　　　　　　　　　　　研修受講生として推薦いたします。施　設　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所　在　地　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　推薦者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞　　年　　月　　日国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所長　　様 |