＊該当項目のみ御回答ください

＊必要枚数をコピーしてお使いください　　　　　　　 医療機関名（　　　　　　　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地（市区町村名）（　　　　　　　　　　　　　）

**疾患名：認知症①**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 研修実施月日 | 年　　　月　　　日 | 研修場所 |  | | |
| テーマ |  | | | 参加者数 | 人 |

**疾患名：PTSD**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 研修実施月日 | 年　　　月　　　日 | 研修場所 |  | | |
| テーマ |  | | | 参加者数 | 人 |

**疾患名：依存症**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象疾患名 | ＊該当疾患名に○をしてください  アルコール依存症　　・　　薬物依存症　　・　　ギャンブル等依存症 | | | |
| 研修実施月日 | 年　　　月　　　日 | 研修場所 |  | |
| テーマ |  | | 参加者数 | 人 |
| ※見学の場合 |  | | 見学者職種 |  |
| 見学者の所属 |
| 見学人数 | 人 | 受入れ月日 | 年　　　　月　　　　日 | |
| 対象疾患名 | ＊該当疾患名に○をしてください  アルコール依存症　　・　　薬物依存症　　・　　ギャンブル等依存症 | | | |
| 研修実施月日 | 年　　　月　　　日 | 研修場所 |  | |
| テーマ |  | | 参加者数 | 人 |
| ※見学の場合 |  | | 見学者職種 |  |
| 見学者の所属 |
| 見学人数 | 人 | 受入れ月日 | 年　　　　月　　　　日 | |

**疾患名：高次脳機能障がい**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 研修実施月日 | 年　　　月　　　日 | 研修場所 |  | | |
| テーマ |  | | | 参加者数 | 人 |

**疾患名：発達障がい（成人）**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 研修実施月日 | 年　　　月　　　日 | 研修場所 |  | | |
| テーマ |  | | | 参加者数 | 人 |