

様式 8 の 3

療養・就労両立支援指導料 相談支援加算の施設基準に係る届出書添付書類

| 専任の看護師、社会福祉士、精神保健福祉士又は公認心理師 | | |
|-----------------------------|----|--------------------------|
| 氏名 | 職種 | 研修修了 |
| | | <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> |

[記載上の注意]

- 1 研修を修了している場合は、研修終了欄の□に✓を付けること。
- 2 専任の看護師、社会福祉士、精神保健福祉士又は公認心理師について、国又は医療関係団体等が実施する研修であって、厚生労働省の定める両立支援コーディネーター養成のための研修カリキュラムに即した研修を修了していることが確認できる文書（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。