

神奈川県精神保健福祉士協会事務局 FAX 045-821-5354



神奈川県精神保健福祉士協会 派遣活動応募フォーム

活動名	相模原市精神医療審査会		
依頼元	相模原市		
活動場所	相模原市内		
活動任期	平成28年 4月 1日 ~ 平成30年3月31日		
活動日	審査会は月1回程度	時間	審査会は1回1.5時間程度
活動内容	<ul style="list-style-type: none"> ・入院届や定期病状報告により、その入院の必要性について審査 ・退院請求や処遇改善請求により、その入院の必要性や処遇が適切であるかを審査 ・退院請求等の場合の請求者等への意見聴取 		
応募資格	<ul style="list-style-type: none"> ①神奈川県精神保健福祉士協会会員 ②相模原市内在勤でないこと ③医療機関でのPSW勤務があること 		
謝礼	あり		
募集締切	平成28年2月22日		
(ふりがな)会員氏名			
生年月日	年 月 日		
所属機関			
役職名			
連絡先	TEL:	FAX:	
精神保健福祉士としての実務経験	年 か月(年 月 日現在)		
精神保健福祉士登録番号			
精神保健福祉士の登録年月日	年 月 日		
携帯(緊急連絡用)			
応募理由			

※事務局確認欄	受理日	
---------	-----	--