

<都道府県連携拠点医療機関>別紙の報告様式

疾患名：認知症 ※当日の研修資料の添付をお願いします

研修実施月日	年 月 日	研修場所		
テーマ			参加者数	人
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 ※当日の研修資料の添付をお願いします

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 見学者の所属			見学者職種	
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 見学者の所属			見学者職種	
見学人数	人	受入れ月日	年 月 日	

疾患名：発達障がい（成人） ※当日の研修資料の添付をお願いします

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