

実施者の証明書

鹿児島市病院事業管理者
鹿児島市立病院長 坪内 博仁 殿

所在地
商号又は名称
代表者氏名

業務名 令和6年度鹿児島市立病院職員ストレスチェック等業務委託

- 1 以下の医師を実施者として従事させることができ、この者は免許の取消し又は医業停止命令を受けていません。

| | |
|----------|--|
| 氏名 | |
| 生年月日 | |
| 開業先又は勤務先 | |

- 2 以下の保健師を実施者として従事させることができ、この者は免許の取消し又は業務停止命令を受けていません。

| | |
|----------|--|
| 氏名 | |
| 生年月日 | |
| 開業先又は勤務先 | |

- 3 以下の歯科医師、看護師、精神保健福祉士又は公認心理師を実施者として従事させることができ、この者は厚生労働省の定める研修を終了した者又は看護師、精神保健福祉士で平成27年11月30日現在において、3年以上労働者の健康管理等の業務に従事した経験を有しています。

| | |
|-----------------------------|------------------------|
| 氏名 | |
| 生年月日 | |
| 開業先又は勤務先 | |
| 職種 | 歯科医師・看護師・精神保健福祉士・公認心理師 |
| 従事期間 自 年 月 ～ 至 年 月 | <従事した業務の内容> |

- 4 上記の実施者のうち、実施代表者の氏名

| | |
|----|--|
| 氏名 | |
|----|--|

- ※1 該当する項目について記載し、必要があればコピーして記載してください。
- ※2 医師又は保健師は、免許証の写しを添付してください。
- ※3 上表3の職種については、いずれかに「○」を記載してください。
- ※4 歯科医師・看護師、精神保健福祉士又は公認心理師で、厚生労働省の定める研修を修了した場合は、その修了書の写しを添付してください。