

実施者の証明書

鹿児島市長 殿

所在地

商号又は名称

代表者職・氏名

印

業務名 令和6年度鹿児島市立学校職員ストレスチェック等業務

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	

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、この者は厚生労働大臣の定める研修を終了しています。

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 開始年月～終了年月	<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は、厚生労働大臣の定める研修の修了書の写しを添付してください。