

(様式 1)

リワークプログラム参加申込書

申込日 令和 年 月 日

ふりがな			性別	□男 □女	
氏 名			生年月日 (年齢)		
			年 月 日 ( 歳)		
自宅	住所	(〒 - ) 県 市町村郡			
	本人連絡先	- -			
	緊急連絡先	- - 続柄 ( )			
勤務校	ふりがな				
	学校名	小・中・高 特支・義務教育			
	校長名				
	住所	(〒 - ) 県 市町村郡			
	電話番号	- -			
休職開始日	令和 年 月 日 から ( 初回 ・ 回目 )				
復職 希望時期	<input type="checkbox"/> 明確に考えている ( 年 月 日 から復帰予定) <input type="checkbox"/> ある程度考えている ( 頃)				
あなたの属性についてお書きください。 教職員経験歴 ( ) 年 現在の所属校での勤務歴 ( ) 年 役職：□管理職 □教諭 □講師 □その他 ( )					
リワークを希望された経緯 (見学申込書を書かれていない方のみご記入ください) <input type="checkbox"/> 主治医のすすめ □学校関係者からのすすめ (どなたですか： ) <input type="checkbox"/> 自分で希望した (何で知りましたか：□当院 HP □当院チラシ □その他 ( )) <input type="checkbox"/> その他 ( )					
メンタルヘルス以外での治療を行っていますか。 <input type="checkbox"/> なし □ あり (どんなことで： )					
当院までどのように通われますか。 <input type="checkbox"/> 自動車 □公共交通機関 □その他 ( ) ※自宅から当院までかかる時間 約 ( ) 分					