（様式１－４）

生活期のリハビリテーション医療・地域活動実績

1．生活期のリハビリテーション医療や地域活動に関する実績について記載をお願いします。（生活期の外来・入院・訪問患者・通所利用者などの診療実績（補装具処方含む）、外来・入院・訪問患者・通所利用者における地域連携、就労支援、地域での病診連携や地域リハビリテーションに関わる会合への出席、その他地域での活動実績など）

|  |
| --- |
|  |

（以下任意記載となります。）

2．現在の勤務実態に関してお伺いします。

勤務形態については、直近1年間の実態を記載ください。

・勤務形態（主に従事する医療機関は必須： a. b. c. いずれかを選択）

a. 医療機関常勤医師として勤務している (はい、いいえ)

勤 務 先 (　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　 )

所属(標榜)科 (　　　　　　　 　 )

b. 上記以外の常勤医師として勤務している(はい、いいえ)

（例：老人保健施設、行政機関、福祉施設、教育機関など）

勤務先 (　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　)

職　位　(　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 )

c. 非常勤医師としてのみ勤務している　(はい、いいえ)

 （複数ある場合は勤務時間の長い上位3か所をご記載ください）

（　　　）時間/週　 勤務先　(　　　　　　　　　　　　　)

（　　　）時間/週　 勤務先　(　　　　　　　　　　　　　)

（　　　）時間/週　 勤務先　(　　　　　　　　　　　　　)