

資格者（実施補助者）の証明書

鹿児島市病院事業管理者
佐野 輝 殿

所在地
商号又は名称
代表者氏名

業務名 令和8年度鹿児島市立病院職員ストレスチェック等業務委託

以下の資格者（実施補助者）を相談業務に従事させることができ、この者は下記の資格を有しています。

氏名	
生年月日	
開業先又は勤務先	
資格	<ul style="list-style-type: none"> ・精神保健福祉士 ・臨床心理士（公益財団法人日本臨床心理士資格認定協会認定） ・産業カウンセラー（一般財団法人日本産業カウンセラー協会認定）

氏名	
生年月日	
開業先又は勤務先	
資格	<ul style="list-style-type: none"> ・精神保健福祉士 ・臨床心理士（公益財団法人日本臨床心理士資格認定協会認定） ・産業カウンセラー（一般財団法人日本産業カウンセラー協会認定）

氏名	
生年月日	
開業先又は勤務先	
資格	<ul style="list-style-type: none"> ・精神保健福祉士 ・臨床心理士（公益財団法人日本臨床心理士資格認定協会認定） ・産業カウンセラー（一般財団法人日本産業カウンセラー協会認定）

※1 有している資格のいずれかに「○」を記載してください。

※2 資格を有していることを証明できる書面の写しを添付してください。