様式14

　　年　　月　　日

日本総合病院精神医学会専門医制度委員会　殿

 所属機関・職名

 申請者（指導責任者）氏名　　　　　　　　　　　印

（専門医指導医番号 ）

（特定指導医番号 ）

日本総合病院精神医学会一般病院連携精神医学　研修施設認定申請書

標記の認定を申請します。

記

研修施設の種類： □　専門医研修施設 □　特定研修施設

施設名：

施設の全病床数： （ ）床

　うち精神科病床数： （ ）床（精神科病床がある場合）

精神科一般外来の有無：　　□有　　　□無　（リエゾン特化型の場合は無にチェック）

施設の全標榜科：

常勤の指導医名簿（全員）

 氏名　 （指導医番号 ）

 氏名　 （指導医番号 ）

 氏名　 （指導医番号 ）

 氏名　 （指導医番号 ）

 氏名　 （指導医番号 ）

（5名を超える場合は上記以外の指導医氏名、指導医番号記載した別紙を添付すること）

1年間（　　　年　　月から　　　年　　月まで）の初診患者数 名

そのうち 院内他科から紹介された入院中の患者数 名

　　　　院内他科から紹介された通院中の患者数 名

 院外他科から紹介された患者数 名