

別紙様式 1

令和 年 月 日

厚生労働大臣 殿

住 所

氏 名

㊟

生年月日 年 月 日

メールアドレス (任意)

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第 19 条第 1 項の規定による 5 年ごとの研修を修了したので、指定医証を更新されるよう申請します。

1 勤務先 (名 称) :

(所在地) :

2 指定医証の番号 第 号

3 指定医証の交付年月日 年 月 日

4 研修受講年月日 年 月 日

※ 本申請書に記載された個人情報については精神保健指定医の指定のほか、指定後の指定医研修会の受講案内通知等の精神保健指定医制度の運用のためにのみ利用致します。