様式3

　　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

 申請者氏名　　　　　　　　　　　印

日本総合病院精神医学会一般病院連携精神医学 専門医研修修了証明書

　標記の者は、日本総合病院精神医学会専門医制度規則・細則に定める内容の研修を修了したことを証明します。診療を担当した症例の一覧は以下の通りです。

 指導責任者氏名 印

 （指導医番号 ）

 指導医氏名 印

 （指導医番号 ）

 指導医氏名 印

 （指導医番号 ）

 指導医氏名 印

 （指導医番号 ）

 指導医氏名 印

 （指導医番号 ）

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