

更新受講者

西暦 年 月 日

(精神保健指定医研修実施機関)

一般社団法人 日本総合病院精神医学会 (Fax : 03-5805-3720)

理事長 西村 勝治 殿

2025年度 精神保健指定医研修会 受講申込書

希望受講日 : 希望日にチェック印 (✓) をつけてください。

☐ : 2025年9月14日 / ☐ : 2026年1月25日

1. 受講者氏名 <sup>(ふりがな)</sup> \_\_\_\_\_ 男・女

(※ 氏名は、修了証・指定医証の原稿となりますので、正確に楷書で記入のこと)

生年月日 (西暦) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 歳

2. 精神保健指定医証の番号および有効期限

第 \_\_\_\_\_ 号 [有効期限] 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
(※ 証番号と有効期限は、現在お持ちの指定医証に記載されているもの)

3. 自宅住所 (お手元に届く住所をご記入ください)

※自治体への登録とお住まいが違う場合は、事務局まで必ずお知らせください。  
また、提出後に住所変更が生じた際は変更後の住所を速やかにお知らせください。

〒 \_\_\_\_\_

自宅TEL (必須) : \_\_\_\_\_ 自宅FAX : \_\_\_\_\_

メールアドレス (必須) : \_\_\_\_\_

※自宅連絡先、およびメールアドレスも登録が必須となっております。  
携帯・PCともアドレスを保有していない場合は「なし」と記載下さい。

4. 所属病院 (診療所) 等名 (現在、ご所属先がない場合は「なし」と記載下さい)

\_\_\_\_\_

5. 病院 (診療所) 等所在地

〒 \_\_\_\_\_

所属先TEL : \_\_\_\_\_ 所属先FAX : \_\_\_\_\_

6. 該当される方は、□にチェック印 (✓) をつけてください。

☐ : 車椅子で出席

<ご注意> お申込は、本申込書のみを郵送またはFAXしてください。その際、控えを各自保管してください。

申込書に記載の個人情報は本研修会運営に限り利用します