

精神保健指定医指定申請書

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第 18 条の規定による精神保健指定医に指定されたく申請します。

申請日 年 月 日

氏名	Ⓜ	本籍地			
現住所	(メールアドレス(任意):)				
生年月日	年 月 日	年齢	歳	性別	男・女
最終学歴及び年月	年 月 卒業・中退	医籍登録年月日及び番号	第	年 月 日	号
現在の勤務先	所在地				
	名称				
精神障害者の診断治療に 従事した期間及び病院等名	従事した期間	従事した病院等の名称			
	年 月 ~ 年 月				
	年 月 ~ 年 月				
	年 月 ~ 年 月				
	年 月 ~ 年 月				
	計 年 ヶ月				
その他の診断治療に従事した期間及び病院等名	従事した期間	従事した病院等の名称			
	年 月 ~ 年 月				
	年 月 ~ 年 月				
	年 月 ~ 年 月				
計 年 ヶ月					
合計 年 ヶ月					
研修の受講	年 月 日 ~ 年 月 日				
処分歴	なし・あり (年 月 処分内容)				

(注) 記載上の留意事項

1. 氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとすること。
2. 「従事した期間」は、月単位で記入し、従事を開始した月の初日が毎月の1日でない場合には当該月を算入しない。また、従事を終了した月は、終了した日の属する月を算入して記載すること。
3. 「処分歴」は、「なし」又は「あり」のいずれかに○印をつけ、精神保健福祉法及び医師法に基づく処分歴を記載すること。

※ 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のみに利用致します。