(様式2)

　特定医師実務経験証明書（本人用）

　　平成　　年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　　　名 |  ㊞ |  本籍地 |  |
| 現　住　所 |  |
| 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 |  　 　年　　月　　日 第　　　　　　　　　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 　日 ～　　 年 　月 　日 |  |
| 年　 月 　日 ～　　 年 　月 　日 |  |
| 年　 月 　日 ～　　 年 　月 　日 |  |
| 年　 月 　日 ～　　 年 　月 　日 |  |
| 年　 月 　日 ～　　 年 　月 　日 |  |
| 　　　 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 　日 ～　　 年 　月 　日 |  |
| 年　 月 　日 ～　　 年 　月 　日 |  |
| 年　 月 　日 ～　　 年 　月 　日 |  |
| 　　　 計　　　　　年　　ヶ月 |  |
| 合　 計 　　 　年　　ヶ月 |

（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。