

【医師用】

令和 年 月 日

日本精神科医学会 入会(準会員)申込書

公益社団法人 日本精神科病院協会 日本精神科医学会 学会長 殿

公益社団法人日本精神科病院協会の日本精神科医学会規則第3条第2項に定める規定により
準会員(学会員資格)の入会を、履歴書(写真付)を添付して申し込みいたします。

フリガナ 氏 名			生年月日	年 月 日 (男性・女性)
フリガナ 所属先名 (法人名・施設名)				
所属先住所 電話・FAX	〒 TEL: _____ FAX: _____ * 勤務時間外連絡先(TEL):			
職種名(役職)	(役職名: _____)			
医師免許交付年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	番 号		
精神保健指定医の取得	①精神保健指定医 有 ・ 無 ②精神保健指定医証 交付年月日: 昭和・平成・令和 年 月 ③精神保健指定医証番号 [_____]			
認定取得の方は、認定番号を ご記載下さい。	PSC / PSER / PSA / N _____			
精神科専門領域及び業績等				
入会希望理由				
所属先管理者名 (印) (役職名: _____)				

以下 日本精神科医学会事務局使用欄

日精協理事会承認日	年 月 日	準会員番号	D -
-----------	-------	-------	-----