様式4

令和　　年　　月　　日

**日本精神科医学会会員　所属医療機関異動届**

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3項に定める規定に

より、下記の通り変更がありましたのでお届け致します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ  氏　　名 | | ㊞ | | 会員番号 |  |
| 準会員番号 | Ｄ/Ｎ/Ｅ/Ｏ/Ｓ － |
| 認定番号 | Ｔ/Ｎ/Ｋ/ＮＫ/Ｅ/Ｓ 　　－ |
| 異動日 | | 令和　　　年　　　月　　　日 | | 職種 | 医師・看護師・栄養士・その他 |
| 異動の種類（※該当する番号に○をつけてください） | | | | | |
| 1．正会員　→　正会員 | | | 日精協会員病院･併設施設　 →　日精協会員病院･併設施設の異動  ＊異動先の都道府県・会員病院名（　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 2．正会員　→　準会員 | | | 日精協会員病院･併設施設　→日精協非会員病院の異動  ※職種認定の申請者は、医学会への加入が必要となります。  ※職種認定の認定者で、認定継続する場合は医学会への加入が必要となります。 | | |
| 3．準会員　→　正会員 | | | 日精協非会員病院 　→　日精協会員病院･併設施設の異動  ＊異動先の都道府県・会員病院名（　　　　　　　　　　　　　　）  ※職種認定の認定者は、医学会の退会届をご提出ください | | |
| 4．準会員　→　準会員 | | | 日精協非会員病院　→　日精協非会員病院の異動 | | |
| 異動前 | 所属医療機関名（法人名・施設名／フリガナ） [ 正会員の場合 会員番号：　　　　　　　] | | | | |
| 所在地  〒  TEL:　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX: | | | | |
| 異動後 | 所属医療機関名（法人名・施設名／フリガナ） [ 正会員の場合 会員番号：　　　　　　　] | | | | |
| 所在地  〒  TEL:　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX:  ＊勤務時間外連絡先： | | | | |
|  | | | | | |
| 所属先管理者名 | | （印）（役職名：　　　　　　　　） | | | |