

※受講研修会の情報をご記入ください。また、印字された情報に変更がある場合、変更欄にてご訂正ください。

様式 2

—

(※日精協事務局記入欄)

2025 年度 日本精神科医学会 認定精神科医療安全士「更新」申請書類

受講記録書

認定精神科医療安全士番号：

氏 名：

保険医療機関名：

私は「認定精神科医療安全士」認定期間に下記の研修会を受講いたしました。

出席した ものに <input checked="" type="checkbox"/>	研修会名	受講年月日
<input type="checkbox"/>	精神科病院における安心・安全な医療を提供するための研修 (主催：公益社団法人日本精神科病院協会)	年 月 日

更新の対象となる研修会は、2020（令和2）年度以降に開催された研修会です。

※ 同じ研修会に毎年出席したなど複数回の場合、最新の日付を記載してください。

※ 受講時と現在の所属先が異なる場合は、受講時の所属先を記入してください。

⇒ 受講時の保険医療機関名： _____