

—
---

## 日本精神科医学会

### 申請許諾書

所属保険医療機関名：

---

申請者氏名：

---

私は、上記の者の履歴を確認し、人格、学識および経験等について  
日本精神科医学会 職種認定制度の資格審査のための申請を許諾  
いたします。

西暦                    年            月            日

所属保険医療機関名：

---

管 理 者 氏 名：

印

---

管 理 役 職 名：

---

※上記管理者とは、所属保険医療機関の施設管理者です。(例：病院長、所長、センター長)