※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）

2023年度　日本精神科医学会　認定栄養士「更新」申請書類

受講記録書

|  |  |
| --- | --- |
| 認定栄養士番号： |  |
| 氏　　　　　名： |  |
| 保険医療機関名： |  |

私は「認定栄養士」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☑ | 研修会名 | 受講年月日 | 研修会の開催地 （都道府県名） |
| □ | 日本精神科医学会　学術大会 | 年 月 日 |  |
| □ | 日本精神科医学会　学術教育研修会  「栄養士部門」 | 年 月 日 |  |
| □ | 日本精神科医学会　認定栄養士研修会 | 年 月 日 |  |
| □ | 全国精神科栄養士研修会  （一般社団法人 全国精神科栄養士協会 主催） | 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：

**様式3**※認定期間中に何らかの変更があった場合のみご提出ください

（※日精協事務局記入欄）

―

**日本精神科医学会　履歴書　　　　　　　　　　2024年　　　月　　　日　現在**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **フリガナ** |  | | | |  |
| **申請者氏名** |  | | | |  |
| **性別** |  | | | |  |
| **生年月日** |  | | | |  |
| **管理栄養士免許取得年度：**西暦　　年 | | | **管理栄養士免許番号：** | | |
| **経歴書**※ 管理栄養士免許取得後からの職歴・役職歴などを記入してください。  ※ 精神科またはそれ以外の診療科に従事している場合はその旨を個別に明記してください。  ※ 現職の就労年月は必ず記入してください。  ※ 常勤・非常勤は該当に〇をつけてください。 | | | | | |
| **西暦　　　年　月　～ 　　 年　月（通算年）** | | **勤務施設、診療科（役職）** | | （勤務地 都道府県） | |
|  | | 常勤  非常勤 | |  | |
|  | | 常勤  非常勤 | |  | |
|  | | 常勤  非常勤 | |  | |
|  | | 常勤  非常勤 | |  | |
|  | | 常勤  非常勤 | |  | |
|  | | 常勤  非常勤 | |  | |
|  | | 常勤  非常勤 | |  | |
| **備考欄** | | | | | |

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：　　　　　　　　） | | | |