

※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)
<input type="checkbox"/>	日本精神科医学会 学術大会	年 月 日	
<input type="checkbox"/>	日本精神科医学会 学術教育研修会 「栄養士部門」	年 月 日	
<input type="checkbox"/>	日本精神科医学会 認定栄養士研修会	年 月 日	
<input type="checkbox"/>	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：_____

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	⑩	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:		
	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：]		
異動後	所在地 〒 TEL: FAX:		
	* 勤務時間外連絡先：		

所属先管理者名	(印) (役職名：)
---------	-------------