**様式３**

　　　 －

（日精協事務局記入欄）

**日本精神科医学会**

**申請許諾書**

|  |
| --- |
| 職　場　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。

 　　2025年　　月　　日

|  |
| --- |
| 職　場　名： |
| 管　理　者　氏　名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　管　理　役　職　名： |

※上記管理者とは、所属先の施設管理者です。（例：病院長、所長、センター長）