

日本精神科医学会 認知症臨床専門医 新規申請書

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 山崎 學 殿

この度、日本精神科医学会認知症臨床専門医に認定していただきたく存じますので、必要書類を添えて申請致します。

申 請 日		年 月 日	
フ リ ガ ナ			
申 請 者 名		印	
所 属 先	フ リ ガ ナ		
	法人名		
	フ リ ガ ナ		
	保険医療機関名		
所属先等について		1． 日精協会員病院	会員番号[]
		2． 日精協会員病院併設施設 （右記に会員病院情報を記載）	会員番号[] 会員病院名[]
		3． 上記以外	日本精神科医学会準会員番号[]
所 在 地		〒	
TEL：			FAX：
メールアドレス			
研修施設に所属 ☐ はい ☐ いいえ （はいの場合は下記に指導医氏名を記入）			
指導医氏名：			

※メールアドレスについて

筆記試験・面接はWEBを用いて実施する可能性があります。

同一アドレスで複数人の登録は出来ませんので、ご注意ください。

※研修施設とは、指導医の所属する保険医療機関のことを指します。