

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。

2025 年 月 日

所属保険医療機関名：

管理者名： 印

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)

指導医について

日本精神科医学会では、新規申請の際に提出が必要となるケースレポートについて、指導医の指導を受けてからの提出をお願いしております。

所属先保険医療機関が研修施設（指導医がいる保険医療機関）の場合は「はい」にチェックのうえ下記に指導医氏名を記入、そうでない場合は「いいえ」にチェックのうえ日本精神科病院協会事務局までご連絡ください。

研修施設に所属 ☐ はい ☐ いいえ

指導医氏名：