

日本精神科医学会

出張許諾書

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出張を許諾いたします。

2024 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)