（※日精協事務局記入欄）

**様式１**

　　　－

日本精神科医学会

※該当する資格要件に☑を入れてください。

□資格要件1　　　　　□資格要件2　　　　□資格要件3

配置されている勤務場所名を

記載してください。

※病棟名ではなく診療科目等

認知症認定看護師　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

標記につき日本精神科医学会　認知症認定看護師に申請します。

　2022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： | | | | |

※メールアドレスについて

筆記試験・面接はWEBを用いて実施します。後日事務局から確認のメールをお送りしますので、ご連絡がつくメールアドレスをご記入ください。