

(※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。

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、ご確認をお願いいたします。

同一アドレスで複数人の登録はできません。申請者 1 名につき、1 メールアドレスをご記入ください。