

(※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。