**様式３**

（※日精協事務局記入欄）

　　　－

**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。

 　　　2022年　　　月　　　日

所属保険医療機関名：

管　理　者　氏　名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

管　理　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）