

精神保健指定医指定申請書（失効後一年未満）

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第 18 条の規定による精神保健指定医に指定されたく申請します。

申請日 平成 年 月 日

氏名	Ⓜ	本籍地			
現住所	(メールアドレス (任意))				
生年月日	年 月 日	年齢	歳	性別	男・女
最終学歴 及び年月	年 月 卒業・中退	医籍登録年月日 及び番号	第	年 月 日	号
現在の 勤務先	所在地				
	名称				
失効した指定 医証に記載の 勤務先	所在地				
	名称				
失効前の 指定医番号 及び有効期限	番号	有効 期限	平成	年	月 日
研修の受講	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日				
処分歴	なし・あり (年 月 処分内容)				

(注) 記載上の留意事項

1. 氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとすること。
2. 「処分歴」は、「なし」又は「あり」のいずれに○印をつけ、精神保健福祉法及び医師法に基づく処分歴を記載すること。

※ 本申請書に記載された個人情報については精神保健指定医の指定のほか、指定後の指定医研修会の受講案内通知等の精神保健指定医制度の運用のためにのみに利用致します。