

別紙様式 3 - 1

平成 年 月 日

厚生労働大臣 殿

住 所

氏 名 ㊟

生年月日 年 月 日

指定医証の記載事項に変更がありましたので、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行令第 2 条の 2 の 3 第 1 項の規定に基づき申請します。

1 変更事項（勤務先（名称・所在地） ・ 氏名）

新

旧

2 指定医証の番号 第 号

3 指定医証の交付年月日 平成 年 月 日

4 指定医証の有効期限 平成 年 月 日

※ 1 の（ ）内は、該当する事項に○印を付すこと。勤務先の変更の場合は勤務先所在地についても記載すること。

※ 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利用致します。