

【様式 11】

平成 年 月 日

公益社団法人日本老年精神医学会
専門医制度委員会 殿

施設名：

施設代表者名：

印

下記のとおり、所定の関係書類を添えて申請します。

1. 専門医制度認定施設申請書（様式 11）
2. 診療施設内容証明書（様式 12）
3. 研修計画書（様式 13）

日本老年精神医学会専門医制度認定施設申請書

フリガナ			
申請施設名			
診療科名*			
所在地			
TEL		FAX	
E-mail			
代表指導医 氏名		他の指導医 氏名**	
指導医が非常勤 の場合の連絡先			
【備考】			

* 複数の診療科に指導医が在籍する場合は、診療科ごとに認定施設申請書を提出してください。

** 同一診療科において、指導医が複数在籍する場合は、全員の氏名を記入してください。

注) 申請書提出にあたっては、すべての書類について、コピーを2部、必ず添付してください。

【様式 12】

申請番号	
------	--

平成 年 月 日

診療施設内容証明書

施設名			
施設代表者名			
所在地			
電話		FAX	
E-mail			

診療科名	病床数	65 歳以上の患者 が占める比率	常勤医師数

【様式 13】

申請番号	
------	--

平成 年 月 日

専門医研修計画書

施設名			
施設代表者名			
所在地			
電話		FAX	
E-mail			

記載に際しては、研修カリキュラムを参照してください。また、初年度、2年度、3年度に分けて記載してください。

【研修計画】

--

申請番号	
------	--

【研修計画続き】

--