

【様式8】

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

専門医番号：

所属機関・職：

申請者氏名

⑩

日本老年精神医学会指導医申請書

標記について、下記のとおり所定の関係書類を添えて申し込みます。

記

1. 履歴書（様式9）
2. 業績目録（様式10）
3. 日本老年精神医学会専門医書（写し）

【様式9】

指導医申請用  
「履歴書」

(年号は西暦でご記入ください)

写真張付欄

正面・脱帽・上半身  
4.5×3.5cm

(写真の裏面には必ず  
氏名を書くこと)

申請番号	
------	--

(フリガナ)						
氏名						
生年月日	年	月	日生	( 歳 )	性別	1. 男 2. 女
所属					役職名	
所属機関 住 所	〒 -					連絡先
						1. 自宅 2. 勤務先
電 話			FAX			E-mail
自宅住所	〒 -					
電 話			FAX			E-mail
学 歴	出身校:		年	月	卒業	本学会入会日
						年 月 日
学 位	医学博士:		年	月	大学にて取得	本学会会員番号
医師資格	年	月	日取得	医籍登録番号	第	号
						本学会専門医番号
	他学会の取得専門医等名称			認定番号		取得年月日
職 歴 (西暦で記載)	年 月～ 年 月まで					
	年 月～ 年 月まで					
	年 月～ 年 月まで					
	年 月～ 年 月まで					
	年 月～ 年 月まで					
	年 月～ 年 月まで					
	年 月～ 年 月まで					
研 究 歴 (西暦で記載)	主な研究事項		当該研究に従事した期間			従事した機関名
	1.		年 月～ 年 月まで			
	2.		年 月～ 年 月まで			
	3.		年 月～ 年 月まで			
	4.		年 月～ 年 月まで			
	5.		年 月～ 年 月まで			

【様式 10】

申請番号	
------	--

平成 年 月 日

## 業 績 目 録

フリガナ	
氏 名	
所 属	

- ・ 主な老年精神医学に関する業績（学術集会発表および地方会や地方研究会等における発表または論文（筆頭および共著問わず））を5つ。  
なお、学会報告、書籍、雑誌、紀要等は分けて記入し、日本語、外国語を問わず発表年および発行年順に番号を付けて記載すること。
- ・ 表記にあたっては、本学会機関紙に準ずる。ただし、著者は全員を記載する。

--