**精神科薬物療法 研修施設認定＜更新＞申請書（様式8-1）**

一般社団法人日本臨床精神神経薬理学会専門医制度委員会　御中

一般社団法人日本神経精神薬理学会専門医制度委員会　御中

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

（年は西暦をお使いください）

施設名称

施設の長の職名

氏名 印

（記名および押印もしくは署名）

当施設の精神科薬物療法研修施設認定の更新を希望し、下記のとおり所定の関係書類を添えて申請します。

|  |
| --- |
| 1. 施設名称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　2. 研修施設認定番号　　　　　　3. 所在地（〒　　　　－　　　　）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX 　　　　　　　　　　 4. 精神科薬物療法専門医が常勤する精神神経学に関する部門名（診療科名等）と その責任者氏名  部門名 責任者氏名 　 |

**精神科薬物療法 研修施設認定＜更新＞申請書（様式8-2）**

5. 研修施設において研修した医師、研修中の医師の名簿

　（一般社団法人日本臨床精神神経薬理学会および一般社団法人日本神経精神薬理学会の学会員に限定しません）

 氏名 　研修期間　　　　年　　月～　　　　年　　月

 氏名 　研修期間　　　　年　　月～　　　　年　　月

 氏名 　研修期間　　　　年　　月～　　　　年　　月

 氏名 　研修期間　　　　年　　月～　　　　年　　月

 氏名 　研修期間　　　　年　　月～　　　　年　　月

 氏名 　研修期間　　　　年　　月～　　　　年　　月

 氏名 　研修期間　　　　年　　月～　　　　年　　月

 氏名 　研修期間　　　　年　　月～　　　　年　　月

 氏名 　研修期間　　　　年　　月～　　　　年　　月

 氏名 　研修期間　　　　年　　月～　　　　年　　月

 氏名 　研修期間　　　　年　　月～　　　　年　　月

 氏名 　研修期間　　　　年　　月～　　　　年　　月

 氏名 　研修期間　　　　年　　月～　　　　年　　月

**精神科薬物療法 研修施設認定＜更新＞申請書（様式8-3）**

6. 前記部門に所属する常勤の精神科薬物療法指導医氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　該当する□に印をつけてください

 氏名 □指導医　　□指導医申請中

 氏名 □指導医　　□指導医申請中

 氏名 □指導医　　□指導医申請中

 氏名 □指導医　　□指導医申請中

 氏名 □指導医　　□指導医申請中

7. 精神科薬物療法に関して実施した研修プログラム・教育的行事の詳細

（2023.2.3）