

別紙様式1(更新、記載事項変更、住所地変更)

申請日	(西暦)	
-----	------	--

厚生労働大臣 殿

※青色の箇所に記入してください。氏名欄に押印は不要です。

現住所	〒			-		
氏名				生年月日	(西暦)	
電話番号				メールアドレス		
指定医証の番号	第			号		
指定医証の交付年月日				指定医証の有効期限		
現在の勤務先	(名称)					
	(住所) 〒					
	-					

↓該当する申請・届出の内容に☑の上、必要事項を記入してください。(複数選択可)

1	<input type="checkbox"/>	精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第19条第1項の規定による5年ごとの研修を修了したので、更新後の指定医証の交付を申請します。			
	(必要事項)	研修修了年月日	(西暦)	※研修受講日を記載	

2	<input type="checkbox"/>	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。				
	(必要事項)	旧氏名				
		旧勤務先	(名称)			
			(住所) 〒			
				-		

3	<input type="checkbox"/>	住所地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規則第4条の12第2項の規定に基づき届け出ます。			
	(必要事項)	旧住所	〒		
		-			

※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します。その際、厚生労働省から、関係する都道府県、指定都市及び精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第18条第1項第4号又は第19条第1項の登録を受けた登録研修機関に提供する場合があります。

※3の住所地の変更の届出は、変更後の住所地の都道府県又は指定都市に提出して下さい。

別紙様式2(受講の延期及び指定医証の有効期限延長)

申請日	(西暦)
-----	------

厚生労働大臣 殿

※青色の箇所に記入してください。氏名欄に押印は不要です。

現住所	〒		
氏名			生年月日 (西暦)
電話番号			メールアドレス
指定医証の番号	第	号	
指定医証の交付年月日			指定医証の有効期限
現在の勤務先	(名称)		
	(住所) 〒		

↓必要事項を記入してください。

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5の規定に基づき、研修を受講すべき年度の延期及び指定医証の有効期限の延長を申請します。			
(必要事項)	研修を受講できない理由 (具体的に)		
	受講できないやむを得ない理由を証するに足る書類(別添)	<input type="checkbox"/> 被災証明書	<input type="checkbox"/> 診断書
		<input type="checkbox"/> 留学証明書	
		<input type="checkbox"/> その他	
受講できるようになる年度	令和	年度	

※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します。その際、厚生労働省から、関係する都道府県、指定都市及び精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第18条第1項第4号又は第19条第1項の登録を受けた登録研修機関に提供する場合があります。

※指定医証の記載事項又は住所地に変更があった場合は、別紙様式1を都道府県又は指定都市に併せて提出して下さい。

別紙様式3(再交付)

申請日	(西暦)	
-----	------	--

厚生労働大臣 殿

※青色の箇所に記入してください。氏名欄に押印は不要です。

現住所	〒			-		
氏名				生年月日	(西暦)	
電話番号				メールアドレス		
指定医証の番号	第				号	
指定医証の交付年月日				指定医証の有効期限		
現在の勤務先	(名称)					
	(住所) 〒					
	-					

↓必要事項を記入してください。

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2項の規定に基づき再交付されるよう申請します。		
(必要事項)	紛失・き損理由 (具体的に)	

※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します。その際、厚生労働省から、関係する都道府県、指定都市及び精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第18条第1項第4号又は第19条第1項の登録を受けた登録研修機関に提供する場合があります。

※指定医証の記載事項又は住所地に変更があった場合は、別紙様式1を都道府県又は指定都市に併せて提出して下さい。

別紙様式4(辞退)

申請日	(西暦)	
-----	------	--

厚生労働大臣 殿

※青色の箇所に入力してください。氏名欄に押印は不要です。

現住所	〒			-		
氏名				生年月日	(西暦)	
電話番号				メールアドレス		
指定医証の番号	第			号		
指定医証の交付年月日				指定医証の有効期限		
現在の勤務先	(名称)					
	(住所) 〒					
	-					

↓必要事項を入力してください。

精神保健指定医の指定を辞退したいので届け出ます。		
(必要事項)	辞退理由	

※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します。その際、厚生労働省から、関係する都道府県、指定都市及び精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第18条第1項第4号又は第19条第1項の登録を受けた登録研修機関に提供する場合があります。

別紙様式5(死亡)

申請日	(西暦)	
-----	------	--

厚生労働大臣 殿

※青色の箇所に記入してください。氏名欄に押印は不要です。

現住所	〒		-	
氏名				
申請者と死亡した指定医との関係(続柄等)				
電話番号			メールアドレス	

↓必要事項を記入してください。

精神保健指定医に指定されていた下記の者が、死亡したので届け出ます。					
(必要事項)	氏名				
	死亡年月日	(西暦)			
	指定医証の番号	第		号	
	指定医証の交付年月日			指定医証の有効期限	
	指定医証を添付できない理由				

※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します。その際、厚生労働省から、関係する都道府県、指定都市及び精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第18条第1項第4号又は第19条第1項の登録を受けた登録研修機関に提供する場合があります。

※死亡した指定医の住所地の都道府県又は指定都市に提出して下さい。

別紙様式6(取消・停止)

申請日	(西暦)	
-----	------	--

厚生労働大臣 殿

※青色の箇所に記入してください。氏名欄に押印は不要です。

現住所	〒			-		
氏名				生年月日	(西暦)	
電話番号				メールアドレス		
指定医証の番号	第				号	
指定医証の交付年月日				指定医証の有効期限		
現在の勤務先	(名称)					
	(住所) 〒					
	-					

↓該当する届出の内容に☑の上、必要事項を記入してください。(いずれかを選択)

1	<input type="checkbox"/> 精神保健指定医の指定を取り消されたので、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4の規定に基づき別添のとおり指定医証を返納します。	(必要事項)	指定取消年月日	(西暦)	

2	<input type="checkbox"/> 精神保健指定医の職務の停止を命ぜられたので、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4の規定に基づき別添のとおり指定医証を返納します。	(必要事項)	職務停止期間	(西暦)		から
				(西暦)		まで

※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します。その際、厚生労働省から、関係する都道府県、指定都市及び精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第18条第1項第4号又は第19条第1項の登録を受けた登録研修機関に提供する場合があります。