

別紙様式 1

令和 年 月 日

厚生労働大臣 殿

住 所

氏 名

生年月日 年 月 日

メールアドレス (任意)

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、指定医証を更新されるよう申請します。

1 勤務先 (名 称) :

(所在地) :

2 指定医証の番号 第 号

3 指定医証の交付年月日 年 月 日

4 研修受講年月日 年 月 日

※ 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。

別紙様式 2

令和 年 月 日

厚生労働大臣 殿

住 所

氏 名

生年月日 年 月 日

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第19条の規定による5年ごとの研修を本年度中に受けることができませんので、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。

- 1 研修を受講できない理由（具体的に記載すること）

- 2 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）
（被災証明書・診断書・留学証明書・その他（ ））

- 3 受講できるようになる年度 令和 年度

- 4 指定医証の番号 第 号

- 5 指定医証の交付年月日 年 月 日

- 6 指定医証の有効期限 年 月 日

※ 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。

別紙様式 3 - 1

令和 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 年 月 日

4 指定医証の有効期限 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。

別紙様式 3 - 2

令和 年 月 日

厚生労働大臣 殿

住 所

氏 名

生年月日 年 月 日

下記のとおり、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。

1 住所地

新住所

旧住所

2 指定医証の番号 第 号

3 指定医証の交付年月日 年 月 日

4 指定医証の有効期限 年 月 日

※ 本届出はご自宅の現住所地に変更があった場合に届け出て下さい。

※ 本届出は、変更後の住所地の都道府県又は指定都市の精神保健福祉担当課あてに提出して下さい。

※ 本届出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。

別紙様式 4

精神保健指定医の変更報告書

令和 年 月 ～ 月分

都道府県・指定都市名

No.	指定医番号	氏名	旧住所	旧勤務先(名称・所在地)	備考
			新住所	新勤務先(名称・所在地)	
1			(旧) ----- (新)		
2			(旧) ----- (新)		
3			(旧) ----- (新)		
4			(旧) ----- (新)		
5			(旧) ----- (新)		
6			(旧) ----- (新)		
7			(旧) ----- (新)		
8			(旧) ----- (新)		
9			(旧) ----- (新)		
10			(旧) ----- (新)		

- ・ 毎四半期ごとに提出すること。
- ・ 必要の無い項目欄は空欄にすること。

別紙様式 5

令和 年 月 日

厚生労働大臣 殿

住 所

氏 名

生年月日 年 月 日

指定医証を紛失・き損しましたので、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2項の規定に基づき再交付されるよう申請します。

1 紛失・き損理由（具体的に記載すること）

2 紛失・き損年月日 年 月 日

3 勤務先

4 指定医証の番号 第 号

5 指定医証の交付年月日 年 月 日

6 指定医証の有効期限 年 月 日

別紙様式 6

令和 年 月 日

厚生労働大臣 殿

住 所

氏 名

生年月日 年 月 日

次の理由により、精神保健指定医の指定を辞退したいので届け出ます。

1 指定医証の番号 第 号

2 辞退理由

別紙様式 7

令和 年 月 日

厚生労働大臣 殿

住 所

氏 名

生年月日 年 月 日

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。

1 氏 名

2 死亡年月日 令和 年 月 日

3 指定医証の番号 第 号

4 指定医証の交付年月日 年 月 日

5 精神保健指定医の証を添付（返却）できない理由
（例：本人の紛失によるため）

別紙様式 8

令和 年 月 日

厚生労働大臣 殿

住 所

氏 名

生年月日 年 月 日

精神保健指定医の $\left[\begin{array}{l} \text{指 定 を 取 り 消 さ れ た} \\ \text{職 務 の 停 止 を 命 ぜ ら れ た} \end{array} \right]$ 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。

1 $\left\{ \begin{array}{l} \text{指定取消年月日 令和 年 月 日} \\ \text{職務停止期間 令和 年 月 日 \sim 令和 年 月 日} \end{array} \right.$

2 指定医証の番号 第 号

3 指定医証の交付年月日 年 月 日

※ () 内は、該当する事項に○印を付すこと。