**精神神経薬理学 研修施設認定申請書（様式４-１）**

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）

当施設を精神神経薬理学研修施設として認定いただきたく、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. 所在地（〒　　　　－　　　　）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX　　　　　　　　　　　　　　　 1. 精神神経薬理学指導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　　　　　　　　　　　　　　　 |

**精神神経薬理学 研修施設認定申請書（様式４-２）**

1. 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

1. 精神神経薬理学に関する臨床研修の計画（定期的に開催する教育的行事を含む）

（2024.4.30）