

申請者氏名：

チェック項目（1～11は上から順に重ねる）	備考
<p>1 精神保健指定医指定申請書（様式1-1）</p> <p><input type="checkbox"/> 申請日は、研修修了日から3年以内</p> <p><input type="checkbox"/> 医籍登録年月日及び番号は医師免許証と一致している</p> <p><input type="checkbox"/> 精神科又は神経科を標榜している医療機関（デイケアを含む）の診断治療従事期間が3年以上</p> <p><input type="checkbox"/> その他の診断治療従事期間を含め合計が5年以上</p> <p><input type="checkbox"/> 処分歴の有無の記載がある</p>	<p>年 月 日（精神科）</p> <p>年 月 日（その他）</p> <p>年 月 日（合計）</p>
<p>2 履歴書</p> <p><input type="checkbox"/> 写真のサイズが、縦40ミリメートル、横30ミリメートル以上</p>	<p>申請6ヶ月以内、上半身脱帽</p> <p>写真の裏に撮影年月日、氏名を記載</p>
<p>3 医師免許証（写）</p> <p><input type="checkbox"/> 医籍登録年月日及び番号が鮮明に複写されている</p>	<p>A4サイズでコピーしたものが望ましい</p>
<p>4 実務経験証明書（様式2-1及び2-2）</p> <p><input type="checkbox"/> 証明日が申請日より後の日付でない</p> <p><input type="checkbox"/> 診療従事期間の終期が証明日より後の日付でない</p> <p><input type="checkbox"/> ケースレポートに係る症例の診療従事期間は、精神科実務経験の期間に含まれている</p> <p><input type="checkbox"/> 証明者の施設名が申請書及びケースレポート表紙に記載した施設名と一致している</p> <p><input type="checkbox"/> 診療従事態様は、週4日以上、1日おおよそ8時間以上</p> <p>実務経験証明書（様式2-2）は、以下の項目もチェック</p> <p><input type="checkbox"/> 「平成16年4月1日以降臨床研修期間」に該当する期間のものである</p>	<p>専門医研修（いわゆる後期臨床研修）は（様式2-1）を使用すること</p>
<p>5 <input type="checkbox"/> 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号に規定する研修課程の修了証（写）</p>	
<p>6 常時勤務証明書（様式4）</p> <p><input type="checkbox"/> 証明日が申請日より後の日付でない</p> <p><input type="checkbox"/> 診療従事期間の終期が証明日より後の日付でない</p> <p><input type="checkbox"/> 診療従事期間にケースレポートの指導期間が含まれている</p> <p><input type="checkbox"/> 証明者の施設名が申請書及びケースレポートに記載した施設名と一致している</p> <p><input type="checkbox"/> 診療従事態様は、1日8時間以上、かつ、週4日以上</p> <p><input type="checkbox"/> 実務経験証明書と同一施設の管理者である</p>	
<p>7 ケースレポート（様式3-1）</p> <p><input type="checkbox"/> 第1症例：原本に自筆署名・通しページ・原本の複写4部のみ1部ずつ左肩1か所ホチキス留め</p> <p><input type="checkbox"/> 第2症例：原本に自筆署名・通しページ・原本の複写4部のみ1部ずつ左肩1か所ホチキス留め</p> <p><input type="checkbox"/> 第3症例：原本に自筆署名・通しページ・原本の複写4部のみ1部ずつ左肩1か所ホチキス留め</p> <p><input type="checkbox"/> 第4症例：原本に自筆署名・通しページ・原本の複写4部のみ1部ずつ左肩1か所ホチキス留め</p> <p><input type="checkbox"/> 第5症例：原本に自筆署名・通しページ・原本の複写4部のみ1部ずつ左肩1か所ホチキス留め</p>	<p>・各症例ごと5部（1部は原本、複写3部は提出用、複写1部は自治体保管用）</p> <p>・以下の順に重ねて進達する。 原本第1～5症例 複写第1症例3部 複写第2症例3部 複写第3症例3部 複写第4症例3部 複写第5症例3部</p>
<p>8 ケースレポート一覧（様式3-2）</p> <p><input type="checkbox"/> 申請日、氏名、生年月日、住所地都道府県の記載がある</p> <p><input type="checkbox"/> 申請日は申請書及びケースレポートの申請日と同一</p>	
<p>9 その他の書類（該当者のみ）</p> <p><input type="checkbox"/> 申請前1年以内に従事した症例に関して、やむを得ない理由があることを証明する書類（要領6（1）⑦）</p> <p><input type="checkbox"/> 研修の修了証が交付された後に氏名変更がある場合、戸籍抄本等の写し（要領6（1）⑩）</p>	
<p>10 指導医の更新研修受講証明書（写）※（経過措置）</p> <p><input type="checkbox"/> 指導期間よりも受講日が前</p> <p><input type="checkbox"/> 指導医全員分を提出している</p>	<p>※2025年6月末までに申請者が担当を開始した症例については適用不要</p>
<p>11 <input type="checkbox"/> 指定医証貼付用写真（縦60ミリメートル、横40ミリメートルの大型サイズ）</p> <p>※作成時まで都道府県市にて保管</p>	<p>申請6ヶ月以内、上半身脱帽</p> <p>写真の裏に撮影年月日及び氏名を記載</p>

※ このチェックリストは、各都道府県・指定都市での申請書類の受付の際の参考資料として提供するものです。

進達のあった新規申請書類については、厚生労働省において、上記の観点で確認し、不足・誤り等の不備があった場合は、補正を依頼させていただきます。