

## 精神医療の従事に関する申立書

精神医療の内容	従事した病院名称	診療科目	診療内容		従事期間
			病名		
		診療内容			年 月 まで
		病名			年 月 から
		診療内容			年 月 まで
		病名			年 月 から
		診療内容			年 月 まで
		病名			年 月 から
		診療内容			年 月 まで
精神医療に従事した期間の総計			ヶ月		

\* 期間は、精神医療を必要とした患者の通院期間とし、期間の総計は通算した期間とする。  
 (複数の患者の通院期間が重なる期間は累計しない)

上記のとおり精神医療に従事し、自立支援医療(精神通院)を担当する資格があることを申し立てます。

年 月 日

医師氏名

印

※この申立書は、自立支援医療(精神通院)に係る指定自立支援医療機関指定申請書に添付する「主として担当する医師の経歴書」で、精神科、神経科、神経内科、心療内科、脳神経外科での従事年数が3年に満たない場合に申請書に添付する。