

【様式 1】

公益社団法人日本老年精神医学会  
専門医制度委員会 殿

申請日：(西暦) 年 月 日

所属機関・職

申請者氏名

⑩

## 日本老年精神医学会専門医試験受験申請書

標記について、下記のとおり所定の関係書類を添えて申し込みます。

### 記

1. 履歴書 (様式 2)
2. 認定施設研修修了証明書 (様式 3)
3. 医師免許証 (写し)
4. 症例報告 (様式 4)
5. 業績目録 (様式 5)
6. 指導医の推薦書 (様式 6)
7. 指定医ないし専門医の認定証あるいはこれに準ずる資格認定証 (写し)
8. 専門医審査料振込証明書 (写し)
9. 写真 1 枚 (4×3cm, 正面・脱帽・上半身, 6 か月以内の写真)
  - \*本写真は受験証に使用します。
  - \*写真の裏面に必ず氏名を記入してください。
  - \*画質が荒く不鮮明なものは不可。

以上

【様式 2】

受験番号	※事務局使用欄
------	---------

## 専門医申請用「履歴書」

(年号は西暦でご記入ください。)

**写真貼付欄**  
4×3cm  
正面・脱帽・上半身

- ・ 写真の裏面に必ず氏名を記入
- ・ 6 か月以内の写真を貼付
- ・ 画質が荒く不鮮明なものは不可

(フリガナ)				会員番号		
氏 名						
生年月日	年	月	日生 ( 歳)	性別	1. 男 2. 女	
所 属				役職名		
所属機関 住 所	〒      ー					
電 話		FAX		E-mail		
自宅住所	〒      ー					
電 話		FAX		E-mail		
学 歴	出身校：      年      月      卒業			医師資格	年      月      日取得	
学 位	医学博士：      年      月      大学にて取得			医籍登録番号	第      号	
臨床経験	<input type="checkbox"/> 申請時に研修医期間を含め 7 年以上の臨床経験を有している。(該当する場合 <input checked="" type="checkbox"/> チェック)					
他学会の取得専門医等名称				専門医等番号	取得年月日	
職 歴 (西暦で記載)	年   月～      年   月まで					
	年   月～      年   月まで					
	年   月～      年   月まで					
	年   月～      年   月まで					
	年   月～      年   月まで					
	年   月～      年   月まで					
	年   月～      年   月まで					
	年   月～      年   月まで					
研 究 歴 (西暦で記載)	主な研究事項	当該研究に従事した期間			従事した機関名	
	1.	年   月～      年   月まで				
	2.	年   月～      年   月まで				
	3.	年   月～      年   月まで				
	4.	年   月～      年   月まで				
	5.	年   月～      年   月まで				

【様式3】

受験番号

※事務局使用欄

記入日：(西暦) 年 月 日

公益社団法人日本老年精神医学会  
専門医制度委員会 殿

最終認定研修施設名

研修責任者氏名・役職 (最終研修機関における研修責任者名)

印

### 認定施設研修修了証明書

下記の者が日本老年精神医学会専門医申請資格者として、所定の研修を修了したことを証します。

#### 記

##### 1. 研修修了者氏名・現所属

フリガナ	
氏名	
現在の所属機関名	

##### 2. 研修期間 (西暦で記入)

研修期間	認定施設番号	施設・病院名	診療科名
年 月から 年 月まで			
年 月から 年 月まで			
年 月から 年 月まで			
年 月から 年 月まで			
年 月から 年 月まで			

【様式 4】

受験番号

※事務局使用欄

記入日：(西暦) 年 月 日

症例報告書

フリガナ	
氏 名	
所 属	

1. 診療を担当した代表的な疾患 3 例（老年精神医学に関する症例）。
2. 各症例ごとに疾患名，年齢，性別，職業，主訴，既往歴，家族歴，現病歴，所見，経過，考察等を 1 症例につき 1200 字以上 2000 字程度で記載し添付する。記載はワープロソフトを使用し，手書きは不可とする。  
また症例ごとに「診断」，「治療」，「ケア・地域連携」について記載を必要とするが，とくに重点を置いたポイントをひとつ選び，○を付ける。
3. 症例は成功した例である必要はないが，治癒に至っていない場合は 6 か月以上の経過追跡を必要とする。

【症例一覧】

No.	とくに重点を置いたポイント ※1 つのみ選択して○を付ける	疾患名
1	a) 診断 b) 治療 c) ケア・地域連携	
2	a) 診断 b) 治療 c) ケア・地域連携	
3	a) 診断 b) 治療 c) ケア・地域連携	

【様式5】

受験番号

※事務局使用欄

記入日：(西暦) 年 月 日

業績目録

フリガナ	
氏名	
所属	

- ・ 主な老年精神医学に関する業績（学術集会発表および地方会や地方研究会等における発表または論文（筆頭および共著問わず）を必ず5つ記載してください。  
学会報告，書籍，雑誌，紀要等は分けて記入し，日本語，外国語を問わず発表年および発行年順に番号を付けて記載すること。
- ・ 表記にあたっては，本学会機関誌に準ずる。ただし，著者は全員を記載する。

(記載例)

日本太郎，老精花子：老年期認知症の治療と実態．老年精神医学雑誌，**21(2)**：25-32 (2010)．

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

(別紙添付可)

【様式6】

受験番号

※事務局使用欄

記入日：(西暦) 年 月 日

公益社団法人日本老年精神医学会  
専門医制度委員会 殿

会員番号

指導医所属機関・職

指導医氏名

印

推 薦 書

下記の者を日本老年精神医学会専門医として、推薦します。

記

専門医申請者氏名・所属

フリガナ	
氏 名	
所 属	