

受験番号

※事務局使用欄

【様式Ⅱ】

(西暦) 年 月 日

公益社団法人日本老年精神医学会
心理士認定委員会 殿

施設・団体・機関等名称

役職

氏名

印

勤務先所属長による推薦書

下記の者を日本老年精神医学会認定上級専門心理士として、推薦します。

記

申請者氏名 所属

フリガナ	
氏 名	
施設・団体・ 機関等名称	