

【様式 1】

No. \_\_\_\_\_

申請日：(西暦) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

公益社団法人日本老年精神医学会  
認定医制度認定委員会 殿

所属機関・職  
\_\_\_\_\_  
申請者氏名  
\_\_\_\_\_  
⑩

## 日本老年精神医学会認定医申請書

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. 医師免許証 (写し)
3. 症例報告 (様式 3)
4. 日本精神神経学会「認知症診療スキルアップ講座 e ラーニング」または「認知症診療医 Web 試験」受講終了証 (写し) (日本精神神経学会会員のみ)
5. 学術集会等参加証明書添付様式 (様式 4)
6. 認定医審査料振込証明書 (写し) (様式 5)
7. 写真 1 枚 (4×3cm, 正面・脱帽・上半身, 6 か月以内の写真)  
\* 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。  
\* 様式 2 の写真貼付欄に貼付してください。

以上



## 【様式 3】

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（認知症または認知症と鑑別が必要な症例）。
2. 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 Word 等を使用し，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 4 - 1】

## 学術集会等参加証明書添付様式

フリガナ	
氏 名	
所 属	
日本精神神経学会の <input type="checkbox"/> 会員である (会員番号 : _____ ) <input type="checkbox"/> 会員ではない <span style="float: right;">※該当に <input checked="" type="checkbox"/> をつける</span>	

## 1. 学術集会

日付	大会名
(西暦)    /    /	
(西暦)    /    /	

参加を証明する資料  
(参加証または参加費の領収書等のコピー)  
貼 付 欄

\* 日本老年精神医学会学術集会の参加証明書 (またはそれに代わるもの) のコピーを添付してください。(申請書提出期間の最終日より過去 5 年間のものが有効です。)

## 【様式 4 - 2】

フリガナ	
氏 名	

## 2. 生涯教育講座, 心理士講習会, 簡易な神経所見のとり方実践講座

日付	講座名
(西暦)    /    /	

参加を証明する資料  
(参加証または参加費の領収書等のコピー)  
貼 付 欄

\* 日本老年精神医学会生涯教育講座（主催・共催ともに可）、心理士講習会、簡易な神経所見のとり方実践講座の参加証明書（またはそれに代わるもの）のコピーを添付してください。（申請書提出期間の最終日より過去 5 年間のものが有効です。）

- ・ 日本精神神経学会会員の場合：いずれかの講座 1 回以上の出席が必要.
- ・ 日本精神神経学会会員ではない場合：すべての講座 1 回以上の出席が必要

## 【様式5】

## 認定医審査料振込証明書（写し）貼付用紙

申請料の払い込み後に、払込金受領証のコピーをこの枠内に貼り付けてください。払込金受領証のコピーの貼り付けがなく、入金を確認できない場合は申請を受理できません。

※ ATM を利用する場合は、発行されるご利用明細票のコピーを貼り付けてください。

口座番号：00180-9-149145

- 払込金受領証（ご利用明細票）を紛失された場合は、以下に払い込みをされた年月日を記入してください。

申請料 払い込み年月日	(西暦)      年      月      日
----------------	---------------------------

〈払込金受領証（コピー）添付欄〉