

## 精神医療の従事に関する申立書

従事した病院名称	診療科目	診療内容	従事期間
		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
		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		か月	

※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

※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、他科従事期間中の精神医療従事状況を記載して申請書に添付する。