

## 実 務 経 験 証 明 書

次の者は当施設において診断又は治療に従事したことを証明します。

氏 名	
生 年 月 日	(西暦) 年 月 日
従事した標榜科名	
診 療 従 事 期 間	(西暦) 年 月 日 ~ (西暦) 年 月 日
診 療 従 事 様 態	1 週間当たり従事日数 日
	1 日当たり従事時間 時間

(西暦) 年 月 日

施 設 名

所 在 地

管理者職名  
及び氏名

- (注)
1. ケースレポートに係る症例の診療従事期間は、精神科実務経験の期間に必ず含まれていること。
  2. 精神科の実務経験証明書とその他の実務経験証明書は別に作成すること。(平成16年4月1日以降の臨床研修制度における研修中の実務経験の証明については様式2-2を使用すること。平成16年3月31日以前の臨床研修の場合は、本様式により各病院等の管理者の証明を要すること。)
  3. 診療従事態様が違う場合は、別紙とすること。
  4. 大学院在学中については、在学期間全体ではなく、精神障害者の診断又は治療に従事した時間及び期間を記載すること。
  5. 当直のみの勤務については、実務経験として算入できない。
  6. 本証明書に記載された内容については、厚生労働省から当該施設に対して直接照会する場合がある。