

様式第 5 号（第 3 条関係）

特定医師実務経験証明書（本人用）

年 月 日

氏 名			本籍地				
現 住 所							
生年月日	年	月	日	年 齢	歳	性 別	男・女
最終学歴 及び年月	年 月 卒業・中退			医師登録年月日 及 び 番 号	第	年 月 日	号
現 在 の 勤 務 先	所在地						
	名 称						
精神障害者 の診断治療 に従事した 期間及び病院等名	従 事 し た 期 間			従事した病院等の名称			
	年	月	日～	年	月	日	
	年	月	日～	年	月	日	
	年	月	日～	年	月	日	
	年	月	日～	年	月	日	
	年	月	日～	年	月	日	
	計	年	ヶ月				
その他の診断治療に従事した期間及び病院等名	従 事 し た 期 間			従事した病院等の名称			
	年	月	日～	年	月	日	
	年	月	日～	年	月	日	
	年	月	日～	年	月	日	
	計	年	ヶ月				
合 計			年	ヶ月			