（別紙２）

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	昭和・平成　　年　　月　　日生
従事した標榜科名	
診療従事期間	昭・平・令　　年　　月　　日　～　昭・平・令　　年　　月　　日
診療従事態　　様	１週間当たり平均　　日
	１日当たり平均　　時間

令和　　年　　月　　日

施設名

所在地

管理者職名
及び氏名　　㊞

（注）　１．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葉としてください。
２．診療従事態様が違う場合は、別葉としてください。
３．大学院在学中については、在学期間全体ではなく、精神疾患の診断又は治療に従事した期間及び時間を記載してください。
４．夜間当直のみの勤務については、精神科実務経験として算定できません。

※この用紙は、必要となる枚数分プリントアウトして使用してください。