

申請者氏名：

チェック項目（１～１１は上から順に重ねる）		備 考
1	精神保健指定医指定申請書（様式１－１） ☐ 申請日は、研修修了日から３年以内 ☐ 医籍登録年月日及び番号は医師免許証と一致している ☐ 精神科又は神経科を標榜している医療機関（デイケアを含む）の診断治療従事期間が３年以上 ☐ その他の診断治療従事期間を含め合計が５年以上 ☐ 処分歴の有無の記載がある	年 ヶ月（精神科） 年 ヶ月（その他） 年 ヶ月（合 計）
2	履歴書 ☐ 写真のサイズが、縦40ミリメートル、横30ミリメートル以上	申請６ヶ月以内、上半身脱帽 写真の裏に撮影年月日、氏名を記載
3	医師免許証（写） ☐ 医籍登録年月日及び番号が鮮明に複写されている	A４サイズでコピーしたものが望ましい
4	実務経験証明書（様式２－１及び２－２） ☐ 証明日が申請日より後の日付でない ☐ 診療従事期間の終期が証明日より後の日付でない ☐ 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含まれている ☐ 証明者の施設名が申請書及びケースレポート表紙に記載した施設名と一致している ☐ 診療従事態様は、週４日以上、１日おおむね８時間以上 実務経験証明書（様式２－２）は、以下の項目もチェック ☐ 「平成16年４月１日以降臨床研修期間」に該当する期間のものである	専門医研修(いわゆる後期臨床研修)は(様式2-1)を使用すること
5	☐ 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第１８条第１項第４号に規定する研修課程の修了証（写）	
6	常時勤務証明書（様式４） ☐ 証明日が申請日より後の日付でない ☐ 診療従事期間の終期が証明日より後の日付でない ☐ 診療従事期間にケースレポートの指導期間が含まれている ☐ 証明者の施設名が申請書及びケースレポートに記載した施設名と一致している ☐ 診療従事態様は、１日８時間以上、かつ、週４日以上 ☐ 実務経験証明書と同一施設の管理者である	
7	ケースレポート（様式３－１） ☐ 第１症例：原本に自筆署名・通しページ ☐ 第２症例：原本に自筆署名・通しページ ☐ 第３症例：原本に自筆署名・通しページ ☐ 第４症例：原本に自筆署名・通しページ ☐ 第５症例：原本に自筆署名・通しページ	・各症例、原本のみ１通ずつ
8	ケースレポート一覧（様式３－２） ☐ 申請日、氏名、生年月日、住所地都道府県の記載がある ☐ 申請日は申請書及びケースレポートの申請日と同一	
9	その他の書類（該当者のみ） ☐ 申請前１年以内に従事した症例に関して、やむを得ない理由があることを証明する書類（要領6（１）⑦） ☐ 研修の修了証が交付された後に氏名変更がある場合、戸籍抄本等の写し（要領6（１）⑩）	
10	指導医の更新研修受講証明書（写） ☐ 指導期間よりも受講日が前 ☐ 指導医全員分を提出している	※２０２５年６月末までに申請者が担当を開始した症例については適用不要
11	☐ 指定医証貼付用写真（縦60ミリメートル、横40ミリメートルの大型サイズ） ※作成時まで都道府県市にて保管	申請６ヶ月以内、上半身脱帽 写真の裏に撮影年月日及び氏名を記載

※ このチェックリストは、各都道府県・指定都市での申請書類の受付の際の参考資料として提供するものです。
進達のあった新規申請書類については、厚生労働省において、上記の観点で確認し、不足・誤り等の不備があった場合は、補正を依頼させていただきます。