

日本心身医学会認定医療心理士資格申請書

＜研修診療施設研修修了・職務内容証明書＞

氏 名

生年月日 西暦 年 月 日

1. 職歴

上記の者は下記期間、当施設に研修/勤務したことを証明します。

西暦 年 月より

西暦 年 月まで

計 年 月間

勤務形態は 常勤 非常勤（1日 時間、週 日）である。

2. 職務内容（研修指導医/所属長により具体的に内容を記載してください）

3. 上記の者は所定の研修を修了したので、ここに日本心身医学会認定医療心理士として推薦致します。

推薦理由

西暦 年 月 日

施設名

〒

所在地

研修指導医/所属長：職名

同：氏名

印