

別紙様式6(取消・停止)

| | | |
|-----|------|--|
| 申請日 | (西暦) | |
|-----|------|--|

厚生労働大臣 殿

※青色の箇所に記入してください。氏名欄に押印は不要です。

| | | | | | | |
|------------|--------|--|--|-----------|------|--|
| 現住所 | 〒 | | | - | | |
| | | | | | | |
| 氏名 | | | | 生年月日 | (西暦) | |
| 電話番号 | | | | メールアドレス | | |
| 指定医証の番号 | 第 | | | | 号 | |
| 指定医証の交付年月日 | | | | 指定医証の有効期限 | | |
| 現在の勤務先 | (名称) | | | | | |
| | (住所) 〒 | | | | | |
| | - | | | | | |

↓該当する届出の内容に☑の上、必要事項を記入してください。(いずれかを選択)

| | | | | | |
|---|--|--------|---------|------|--|
| 1 | <input type="checkbox"/> 精神保健指定医の指定を取り消されたので、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行令第2条の2の4の規定に基づき別添のとおり指定医証を返納します。 | (必要事項) | 指定取消年月日 | (西暦) | |
| | | | | | |

| | | | | | | |
|---|--|--------|--------|------|--|----|
| 2 | <input type="checkbox"/> 精神保健指定医の職務の停止を命ぜられたので、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行令第2条の2の4の規定に基づき別添のとおり指定医証を返納します。 | (必要事項) | 職務停止期間 | (西暦) | | から |
| | | | | (西暦) | | まで |

※本申請書に記載された個人情報については、精神保健指定医の指定のほか、指定後の指定医研修会の受講案内通知等の精神保健指定医制度の運用のためにのみ利用します。その際、厚生労働省から、関係する都道府県、指定都市及び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号又は第19条第1項の登録を受けた登録研修機関に提供する場合があります。