**（様式‐１‐１）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請番号：**

**日本精神分析的精神医学会認定**

**精神分析的精神療法医認定申請書（移行措置期間）**

　　　　　年　　　　月　　　　日

日本精神分析的精神医学会　御中

氏名　　　　　　（自署）

私は，日本精神分析的精神医学会による「精神分析的精神療法医」の認定を志願し，所定の書類および審査料を添えて申請します。

本申請書ならびに提出する書類の記載事項は事実に相違ないことを誓います。

記

Ⅰ．氏　名

Ⅱ．現住所〒　　　　－　　　　，Tel．　　　　－　　　　　－

Ⅲ．所属機関

　　所在地〒　　　　－　　　　，Tel．　　　　－　　　　　－

Ⅳ．日本精神神経学会・精神科専門医登録番号

Ⅴ．連絡先（電子メールアドレス）

**（様式‐１‐２）**

審査料振り込み控えの写し貼付欄



**（様式‐２）　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請番号：**

**履歴書**（　　　年　　　月　　　日現在）

Ⅰ．氏名

　　　（旧氏名　　　　　　　　　　　　　）

Ⅱ．生年月日　　　　　年　　　月　　　日生，　　　　歳

Ⅲ．現住所〒　　　－

Ⅳ．大学卒業以降の学歴および職歴（主な非常勤先も含めて）

（学歴，職歴ごとにまとめ，本欄に収まる範囲で年代順に記入のこと）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　年 | 　月 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
|  |  |  |
| 　 | 　 | 　 |
|  |  |  |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |

Ⅴ．本学会以外の主たる所属学会名と専門医認定名（お持ちの場合）

1．　　　　　　　　　　　　　　　　　　，

2．　　　　　　　　　　　　　　　　　　，

3．　　　　　　　　　　　　　　　　　　，

**（様式‐３‐１）　　　　　　　　　　　　　　　 　　申請番号：**

**職歴・職務内容証明書**

**精神保健指定医の証の画像貼付で下記証明の代わりとする。**

氏名

Ⅰ．職歴（該当する事項を〇で囲い，空欄にご記入ください。）

　　　上記の者は当機関において

　　　　　　　　　　年　　　　月より，　　　　　　　年　　　　月まで

　　　　　　〔常勤・非常勤（週　　　日，１日　　　時間）〕として勤務している。

　　　　（期間中に勤務形態に変更のある場合は，以下の欄にその内容をご記入ください。）

（

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

Ⅱ．職務内容（該当する事項を〇で囲い，必要に応じて空欄にご記入ください。）

1，精神科医

　　2，心療内科医

　　3，　　　　　科医

上記Ⅰ，Ⅱのとおり職歴および職務に関する内容を証明します。

年　　　　月　　　　日

機関名　　　　　　　 　　　　　　　　　　　.

所在地

所属長　職名

同　氏名　　　　　　　（自署）　　　　　　　　.

**（様式‐３‐２）　　　　　　　　　　　　　　　 　　申請番号：**

**資格・認定証の画像添付**

氏名

Ⅰ．精神保健指定医の証　画像（縮小で結構です。有効期限内のものを貼付ください。）

Ⅱ．精神科専門医認定証　画像（縮小で結構です。有効期限内のものを貼付ください。）

**（様式‐４‐１）　　　　　　　　　　　　　　　　　申請番号：**

**訓練経験の一括報告ならびに証明書**

他機関において，系統講義・個人スーパービジョン・症例検討会に相当するものを修了している場合，その概要の記述と修了証に相当するものを添付することで，「スーパービジョン報告ならびに証明書」3通，症例検討会参加報告ならびに証明書，系統講義受講報告書の代わりとすることができる。

但し，どのような団体のどのような認定・修了であるのかを明記すること。更新制のものは，現在も保持していなければ無効。可能な範囲で，スーパーバイザー，検討会の助言者，系統講義講師の氏名を記入のこと。

Ⅰ．認定団体名

Ⅱ．資格／認定の名称：

Ⅲ．資格／認定の取得年：

Ⅳ．スーパーバイザー、検討会の助言者、系統講義講師の氏名：

個人スーパーバイザー名・所属機関

1．

2．

3．

症例検討会助言者名・所属機関

1．

2．

系統講義講師名・所属機関

以上の通りであることを報告する。

年　　　月　　　日

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　.

**（様式‐４‐２）　　　　　　　　　　　　　　　　　申請番号：**

**スーパービジョン報告ならびに証明書：その１**

Ⅰ．スーパーバイザーの氏名

Ⅱ．スーパービジョン：その１の時間，頻度，期間および回数

　　１回　　　　分，　　　週に１回

　　期間　　　年　　　月～　　　年　　　月，計　　　　回

　　（以下は，期間中に設定に変更があった場合に，変更後の内容を記入のこと）

　　１回　　　　分，　　　週に１回

　　期間　　　年　　　月～　　　年　　　月，計　　　　回

　　通算期間　　　年　　　月，　通算時間　　　　時間

Ⅲ．対象症例

　　開始時年齢　　　　歳，　男・女

　　診断

　　予約制面接の時間，頻度ならびに期間（継続中の場合は申請日まで）

　　　１回　　　分，　　週に　　回，　　　年　　　月～　　　年　　　月

　　　（以下は，期間中に設定に変更があった場合に，変更後の内容を記入のこと）

　　　１回　　　分，　　週に　　回，　　　年　　　月～　　　年　　　月

　　　１回　　　分，　　週に　　回，　　　年　　　月～　　　年　　　月

以上の通り，個人スーパービジョンを受けたことを報告する。

年　　　月　　　日

氏名　　　　　　　　　　　　　 　　　　.

諸事情で記載困難な場合や，証明の署名がもらえない場合，下記に代えて事由を述べた上で，可能な限り詳細に報告すること。

以上の報告に相違のないことを証明する。

年　　　月　　　日

スーパーバイザー氏名　　　　　　　（自署）

同　　　　所属

他学会・団体の場合その名称

同　　認定番号

**（様式‐４‐３）　　　　　　　　　　　　　　　　　申請番号：**

**スーパービジョン報告ならびに証明書：その２**

Ⅰ．スーパーバイザーの氏名

Ⅱ．スーパービジョン：その２の時間，頻度，期間および回数

　　１回　　　　分，　　　週に１回

　　期間　　　年　　　月～　　　年　　　月，計　　　　回

　　（以下は，期間中に設定に変更があった場合に，変更後の内容を記入のこと）

　　１回　　　　分，　　　週に１回

　　期間　　　年　　　月～　　　年　　　月，計　　　　回

　　通算期間　　　年　　　月，　通算時間　　　　時間

Ⅲ．対象症例

　　開始時年齢　　　　歳，　男・女

　　診断

　　予約制面接の時間，頻度ならびに期間（継続中の場合は申請日まで）

　　　１回　　　分，　　週に　　回，　　　年　　　月～　　　年　　　月

　　　（以下は，期間中に設定に変更があった場合に，変更後の内容を記入のこと）

　　　１回　　　分，　　週に　　回，　　　年　　　月～　　　年　　　月

　　　１回　　　分，　　週に　　回，　　　年　　　月～　　　年　　　月

以上の通り，個人スーパービジョンを受けたことを報告する。

年　　　月　　　日

氏名　　　　　　　　　　　　 　　　　　.

諸事情で記載困難な場合や，証明の署名がもらえない場合，下記に代えて事由を述べた上で，可能な限り詳細に報告すること。

以上の報告に相違のないことを証明する。

年　　　月　　　日

スーパーバイザー氏名　　　　　　　（自署）

同　　　　所属

他学会・団体の場合その名称

同　　認定番号

**（様式‐４‐４）　　　　　　　　　　　　　　　　　申請番号：**

**スーパービジョン報告ならびに証明書：その３**

Ⅰ．スーパーバイザーの氏名

Ⅱ．スーパービジョン：その３の時間，頻度，期間および回数

　　１回　　　　分，　　　週に１回

　　期間　　　年　　　月～　　　年　　　月，計　　　　回

　　（以下は，期間中に設定に変更があった場合に，変更後の内容を記入のこと）

　　１回　　　　分，　　　週に１回

　　期間　　　年　　　月～　　　年　　　月，計　　　　回

　　通算期間　　　年　　　月，　通算時間　　　　時間

Ⅲ．対象症例

　　開始時年齢　　　　歳，　男・女

　　診断

　　予約制面接の時間，頻度ならびに期間（継続中の場合は申請日まで）

　　　１回　　　分，　　週に　　回，　　　年　　　月～　　　年　　　月

　　　（以下は，期間中に設定に変更があった場合に，変更後の内容を記入のこと）

　　　１回　　　分，　　週に　　回，　　　年　　　月～　　　年　　　月

　　　１回　　　分，　　週に　　回，　　　年　　　月～　　　年　　　月

以上の通り，個人スーパービジョンを受けたことを報告する。

年　　　月　　　日

氏名　　　　　　　　　　　　　　 　　　.

諸事情で記載困難な場合や，証明の署名がもらえない場合，下記に代えて事由を述べた上で，可能な限り詳細に報告すること。

以上の報告に相違のないことを証明する。

年　　　月　　　日

スーパーバイザー氏名　　　　　　　（自署）

同　　　　所属

他学会・団体の場合その名称

同　　認定番号

**（様式‐５‐１）　　　　　　　　　　　　　　　　申請番号：**

**スーパービジョン症例報告書　その１**

スーパービジョンを受けた，以下の症例について報告します。

症例プロフィール：

スーパーバイザー名：　　　　　　　　　　　　，

報告形式（該当する方を〇で囲むこと）：

〔　書き下ろし，　学会発表（論文，抄録）写し　〕

字数（書き下ろしの場合のみ記入のこと）：　　　　　　　　　　字

［概要］（1000字程度。別に書き下ろしで，12000字ほど）

年　　　月　　　日

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　.

**（様式‐５‐２）　　　　　　　　　　　　　　　　申請番号：**

**スーパービジョン症例報告書　その２**

スーパービジョンを受けた，以下の症例について報告します。

症例プロフィール：

スーパーバイザー名：　　　　　　　　　　　　，

報告形式（該当する方を〇で囲むこと）：

〔　書き下ろし，　学会発表（論文，抄録）写し　〕

字数（書き下ろしの場合のみ記入のこと）：　　　　　　　　　　字

［概要］（1000字程度。別に書き下ろしで，12000字ほど）

年　　　月　　　日

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　.

**（様式‐６‐１）　　　　　　　　　　　　　　申請番号：**

**症例検討会参加報告ならびに証明書**

Ⅰ．症例検討会の名称

　　主催する運営団体の名称

Ⅱ．検討会に参加の本学会認定指導医・上級指導医該当者氏名と認定機関名

　　　　　　　　　　　　　　　，

　　　　　　　　　　　　　　　，

Ⅲ．開催時間と頻度　1回　　　　　　分，年間　　　　　　回

Ⅳ．参加期間（時間数）　　　年　　月～　　　年　　月（計　　　　時間）

Ⅴ．症例提出回数　　　　　回

以上の通り，検討会に参加したことを報告する。

年　　　月　　　日

氏名　　　　　　　　　　　　 　　　　.

諸事情で記載困難な場合や，証明の署名がもらえない場合，下記に代えて事由を述べた上で，可能な限り詳細に報告すること。

以上の報告に相違のないことを証明する。

年　　　月　　　日

運営団体代表者氏名　　　　　（自署）　　　　　　 　.

同　　　　所属

**（様式‐６‐２）　　　　　　　　　　　　　　申請番号：**

**症例検討会参加報告ならびに証明書**

Ⅰ．症例検討会の名称

　　主催する運営団体の名称

Ⅱ．検討会に参加の本学会認定指導医・上級指導医該当者氏名と認定機関名

　　　　　　　　　　　　　　　，

　　　　　　　　　　　　　　　，

Ⅲ．開催時間と頻度　1回　　　　　　分，年間　　　　　　回

Ⅳ．参加期間（時間数）　　　年　　月～　　　年　　月（計　　　　時間）

Ⅴ．症例提出回数　　　　　回

以上の通り，検討会に参加したことを報告する。

年　　　月　　　日

氏名　　　　　　　　　　　　　 　　　　.

諸事情で記載困難な場合や，証明の署名がもらえない場合，下記に代えて事由を述べた上で，可能な限り詳細に報告すること。

以上の報告に相違のないことを証明する。

年　　　月　　　日

運営団体代表者氏名　　　　　（自署）　　　　　　 　.

同　　　　所属

**（様式‐７****‐１）　　　　　　　　　　　　　　　　申請番号：**

**系統講義受講報告ならびに証明書**

Ⅰ．系統講義の名称

　　運営団体の名称

Ⅱ．講師をする本学会認定指導医・上級指導医該当者氏名と認定機関名

　　　　　　　　　　　　　　　，

　　　　　　　　　　　　　　　，

Ⅲ．開催時間と頻度　1回　　　　　　分，年間　　　　　　回

Ⅳ．参加期間（時間数）　　　年　　月～　　　年　　月（計　　　　時間）

以上，通算　　　　時間受講した。

年　　　月　　　日

氏名　　　　　　　　　　　　　　　.

運営団体発行の証明書があれば，そのコピー添付を代わりとして認める。

上記の者は，下記の系統講義に参加したことを証明します。

系統講義名称

上記の者の参加期間および時間数：

　　　　　年　　　月～　　　　年　　　月，合計　　　　　時間

年　　　月　　　日

運営団体代表者氏名　　　　　（自署）　　　　　　 　.

同　　　　所属

**（様式‐７‐２）　　　　　　　　　　　　　　　　申請番号：**

**系統講義受講報告ならびに証明書**

Ⅰ．系統講義の名称

　　運営団体の名称

Ⅱ．講師をする本学会認定指導医・上級指導医該当者氏名と認定機関名

　　　　　　　　　　　　　　　，

　　　　　　　　　　　　　　　，

Ⅲ．開催時間と頻度　1回　　　　　　分，年間　　　　　　回

Ⅳ．参加期間（時間数）　　　年　　月～　　　年　　月（計　　　　時間）

以上，通算　　　　時間受講した。

年　　　月　　　日

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　.

運営団体発行の証明書があれば，そのコピー添付を代わりとして認める。

上記の者は，下記の系統講義に参加したことを証明します。

系統講義名称

上記の者の参加期間および時間数：

　　　　　年　　　月～　　　　年　　　月，合計　　　　　時間

年　　　月　　　日

運営団体代表者氏名　　　　　（自署）　　　　　　 　.

同　　　　所属

（様式‐８）　　　　　　　　　　　　　　　　　申請番号：

**訓練セラピー報告ならびに証明書**

＊2022年度の申請では，報告ならびに証明書の必要はない。但し，様式４から７に完全には該当しないが申請する場合，記載を求める。

Ⅰ．訓練セラピー担当名（上級指導医該当者）

Ⅱ．訓練セラピー：時間，頻度，期間および回数

　　１回　　　　分，週に　　　　　回

　　期間　　　年　　　月～　　　年　　　月，計　　　　回

　　（以下は，期間中に設定に変更があった場合に，変更後の内容を記入のこと）

　　１回　　　　分，週に　　　　　回

　　期間　　　年　　　月～　　　年　　　月，計　　　　回

　　通算期間　　　年　　　月，　通算回数　　　　回

以上の通り，訓練セラピーを受けたことを報告する。

年　　　月　　　日

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　.

諸事情で記載困難な場合や，証明の署名がもらえない場合，下記に代えて事由を記載しておいた上で，面接時に口頭で報告すること。

以上の報告に相違のないことを証明する。

年　　　月　　　日

担当上級指導医該当者　氏名　　　　　　（自署）

同　　　　認定機関

**（様式‐９）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請番号：**

**学会・論文発表報告書**

Ⅰ．本学会大会での発表

１，第 　回大会 　演題名

発表区分〔 研修症例， 研究発表， 推薦演題， 教育研修セミナー， パネルディスカッション演題， シンポジウム演題 〕

２，第 　回大会 　演題名

発表区分〔 上記より選択して記載 〕

３，第 　回大会 　演題名

発表区分〔 上記より選択して記載 〕

Ⅱ．本学会誌への掲載論文

１，論文題名：

発表区分〔 上記より選択して記載 〕

２，論文題名：

発表区分〔 上記より選択して記載 〕

Ⅲ．他学会での発表（3つを越えて記載しないこと）

1. 論文題名：

学会名： 　　　　　　　　　　　　　　　　区分と掲載年：

1. 論文題名：

学会名： 　　　　　　　　　　　　　　　　区分と掲載年：

1. 論文題名：

学会名： 　　　　　　　　　　　　　　　　区分と掲載年：

Ⅳ．他学会誌での発表 （3つを越えて記載しないこと）

１，学会誌名：

論文題名 ：

区分と掲載年：

２，学会誌名：

論文題名 ：

区分と掲載年：

３，学会誌名：

論文題名 ：

区分と掲載年：

**（様式‐１０）　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請番号：**

**卓抜な臨床・訓練経験報告と証明（移行措置期間）**

このページに収まる範囲で記載のこと。詳細は面接において確認できるように用意すること。

以上の通りであることを報告する。

年　　　月　　　日

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　.

**（様式‐S1‐表）　　　　　　　　　　　　　　　申請番号：**

**日本精神分析的精神医学会認定**

**精神療法指導医認定申請書（移行措置期間）**

　　　　年　　　月　　　日

**日本精神分析的精神医学会　御中**

氏名　　　　　　（自署）　　　　　　　.

私は，日本精神分析的精神医学会による「精神療法指導医」の認定を志願し，所定の書類および審査料を添えて申請します。

尚，本申請書ならびに提出する書類の記載事項は，事実に相違ないことを誓います。

**記**

Ⅰ．氏名

Ⅱ．本学会認定「精神分析的精神療法医」認定登録番号　　　非該当

認定年度　　　申請中

Ⅲ．現住所〒　　　　－　　　　，Tel．　　　　－　　　　　－

Ⅳ．所属機関

　　所在地〒　　　　－　　　　，Tel．　　　　－　　　　　－

Ⅳ．連絡先（電子メールアドレス）

**（様式‐S１‐裏）**

**審査料振り込み控えの写し貼付欄**



**（様式‐S２）　　　　　　　　　　　　　　　　申請番号：**

**スーパーバイザー経験報告書**

私は下記の通り，スーパーバイザーとしての経験を持ってきたことを報告します。（この5年以内のものであることが望ましい。3例を超える記述は不要）

**Ⅰ．経験１****〔訓練・研修の一環である／ではない〕**

１，スーパーバイジー氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　，本学会員・非会員

２，スーパービジョンの時間，頻度　１回　　　　分，　　　週に１回

３，スーパービジョン期間　　　　　年　　　月～　　　　　年　　　月

４，対象症例

　　ⅰ）開始時年齢・性別　　　　　歳，　男・女

　　ⅱ）診断

　　ⅲ）予約制面接の時間，頻度　１回　　　　　分，　　　週に　　　回

**Ⅱ．経験２　〔訓練・研修の一環である／ではない〕**

１，スーパーバイジー氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　，本学会員・非会員

２，スーパービジョンの時間，頻度　１回　　　　分，　　　週に１回

３，スーパービジョン期間　　　　　年　　　月～　　　　　年　　　月

４，対象症例

　　ⅰ）開始時年齢・性別　　　　　歳，　男・女

　　ⅱ）診断

　　ⅲ）予約制面接の時間，頻度　１回　　　　　分，　　　週に　　　回

**Ⅲ．経験**3**〔訓練・研修の一環である／ではない〕**

１，スーパーバイジー氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　，本学会員・非会員

２，スーパービジョンの時間，頻度　１回　　　　分，　　　週に１回

３，スーパービジョン期間　　　　　年　　　月～　　　　　年　　　月

４，対象症例

　　ⅰ）開始時年齢・性別　　　　　歳，　男・女

　　ⅱ）診断

　　ⅲ）予約制面接の時間，頻度　１回　　　　　分，　　　週に　　　回

年　　　月　　　日

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　.

**（様式‐S３）　　　　　　　　　　　　　　　　　申請番号**

**治療面接経験報告書**

私は下記の通り，構造化された面接経験を持ってきたことを報告します。（この5年以内のものであることが望ましい。3例を超える記述は不要）

**Ⅰ．経験１****〔面接者／被面接者の訓練・研修の一環である／ではない〕**

１，予約制面接の時間，頻度　１回　　　　分，　　　週に　　　回

２，期間　　　　　年　　　月～　　　　　年　　　月　計　　　　　　時間

３，対象症例

　　ⅰ）開始時年齢・性別　　　　　歳，　男・女

　　ⅱ）診断

**Ⅱ．経験２　〔面接者／被面接者の訓練・研修の一環である／ではない〕**

１，予約制面接の時間，頻度　１回　　　　分，　　　週に　　　回

２，期間　　　　　年　　　月～　　　　　年　　　月　計　　　　　　時間

３，対象症例

　　ⅰ）開始時年齢・性別　　　　　歳，　男・女

　　ⅱ）診断

**Ⅲ．経験３　〔面接者／被面接者の訓練・研修の一環である／ではない〕**

１，予約制面接の時間，頻度　１回　　　　分，　　　週に　　　回

２，期間　　　　　年　　　月～　　　　　年　　　月　計　　　　　　時間

３，対象症例

　　ⅰ）開始時年齢・性別　　　　　歳，　男・女

　　ⅱ）診断

週平均　　　　　　　時間／週

年　　　月　　　日

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　.

**（様****式‐S４）　　　　　　　　　　　　　　　　　申請番号**

**訓練セラピー報告ならびに証明書**

2022年度の申請では，報告ならびに証明書の必要はない。但し、他団体での認定がなく上記様式に完全には該当しないが申請する場合、記載を求める。

Ⅰ．上級指導医該当者氏名

Ⅱ．訓練セラピー：時間，頻度，期間および回数

　　１回　　　　分，週に　　　　　回

　　期間　　　年　　　月～　　　年　　　月，計　　　　回

　　（以下は，期間中に設定に変更があった場合に，変更後の内容を記入のこと）

　　１回　　　　分，週に　　　　　回

　　期間　　　年　　　月～　　　年　　　月，計　　　　回

　　通算期間　　　年　　　月，　通算時間　　　　時間

以上の通り，訓練セラピーを受けたことを報告する。

年　　　月　　　日

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　.

諸事情で記載困難な場合や，証明の署名がもらえない場合，下記に代えて事由を記載しておいた上で，面接時に口頭で報告すること。

年　　　月　　　日

担当上級指導医該当者　氏名　　　　　　（自署）

同　　　　認定機関

**（様式‐S５）　　　　　　　　　　　　　　　　　申請番号：**

**指導者経験の報告ならびに証明書**

Ⅰ．指導医該当認定／資格の発行団体名

Ⅱ．資格／認定の名称，取得年：

Ⅲ．指導者としての活動内容：

1）系統講義の講師

・

・

2）個人スーパービジョン

3）症例検討会主宰

4）大会での助言者経験

5）その他

以上の通りであることを報告する。

年　　　月　　　日

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　.

**（様式‐S６）　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請番号：**

**卓抜な臨床・訓練経験報告と証明（移行措置期間）**

このページに収まる範囲で記載のこと。詳細は面接において確認できるように用意すること。

以上の通りであることを報告する。

年　　　月　　　日

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　.