



福岡医発第 372 号 (地)
令和 4 年 4 月 30 日

各 医 師 会 長 殿

福岡県医師会
会 長 蓮 澤 浩 明
(公 印 省 略)

「精神保健指定医の証の更新等に係る事務取扱要領について」
の一部改正について

今般、「精神保健指定医の証の更新等に係る事務取扱要領」の一部が改正され、厚生労働省より日本医師会を通じて別紙のとおり、連絡がありました。

主な改正内容は、精神保健指定医の証の更新時に提出する申請書に添付する写真サイズの変更、また有効期限切れの指定医証については、当該指定医において適切に処分することとして差し支えないとされたこと等となっており、詳細につきましては、新旧対照表をご確認ください。

つきましては、貴会におかれましても本件についてご了解いただき、貴会会員への周知方よろしくお願いいたします。

小郡三井医師会より

精神保健担当理事 古川哲也
会長 島田昇二郎

日医発第 261 号(健Ⅱ)
令和 4 年 4 月 2 0 日

都道府県医師会
担当理事 殿

日本医師会常任理事
江 澤 和 彦
(公印省略)

「精神保健指定医の証の更新等に係る事務取扱要領について」の一部改正について

今般、「精神保健指定医の証の更新等に係る事務取扱要領」の一部が改正され、厚生労働省より各都道府県等宛に通知が発出されるとともに、本会に対しても情報提供がありましたのでご連絡いたします。

主な改正内容は、精神保健指定医の証の更新時に提出する申請書に添付する写真サイズの変更、また有効期限切れの指定医証については、当該指定医において適切に処分することとして差し支えないとされたこと等となっており、詳細につきましては、新旧対照表をご確認くださいようお願い申し上げます。

つきましては、貴会におかれましても本件についてご了知いただき、貴会管下郡市区医師会及び関係医療機関への周知方についてご高配賜りますようお願い申し上げます。

障 精 発 0401 第 2 号
令 和 4 年 4 月 1 日

都道府県
各 精神保健福祉主管部（局）長 殿
指定都市

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部
精 神 ・ 障 害 保 健 課 長
(公 印 省 略)

「精神保健指定医の証の更新等に係る事務取扱要領について」の一部改正について

標記について、「精神保健指定医の証の更新等に係る事務取扱要領について」（平成8年3月21日健医精発第20号厚生省保健医療局精神保健課長通知）を別添のとおり一部改正することとしたので、適切な運用に努められるとともに、精神保健指定医等関係者に対しても周知徹底方お取り計らい願いたい。

(別添)

○精神保健指定医の証の更新等に係る事務取扱要領について(平成8年3月21日健医精発第20号)
(各都道府県・指定都市精神保健福祉主管部(局)長あて厚生省保健医療局精神保健課長通知)

(下線部分は改正部分)

新	旧
平成8年3月21日 健医精発第20号 <u>最終改正 令和4年4月1日</u> <u>障精発0401第2号</u>	平成8年3月21日 健医精発第20号 <u>最終改正 令和2年12月25日</u> <u>障精発1225第1号</u>
都道府県 各 精神保健福祉主管部(局)長 殿 指定都市	都道府県 各 精神保健福祉主管部(局)長 殿 指定都市
厚生省保健医療局精神保健課長	厚生省保健医療局精神保健課長
精神保健指定医の証の更新等に係る事務取扱要領について	精神保健指定医の証の更新等に係る事務取扱要領について
(略)	(略)
別添	別添
精神保健指定医の証の更新等に係る事務取扱要領	精神保健指定医の証の更新等に係る事務取扱要領
1 5年度ごとの研修及び指定医証の更新	1 5年度ごとの研修及び指定医証の更新
(1) (略)	(1) (略)

新	旧
(2) 指定医証の更新 指定医は、5年度ごとの研修を受けたときは、<u>別紙様式1</u>に、写真（縦<u>60</u>ミリメートル、横40ミリメートルの大型サイズとし、申請6月以内に上半身脱帽で撮影されたもの。なお、裏面に撮影年月日及び氏名を記載しておくこと。以下同じ。）1枚を添付の上、研修の修了日に、研修の実施団体を経由して、都道府県知事又は指定都市の市長に<u>提出</u>しなければならない。なお、この際には、指定医証を添付することを要しない。 都道府県知事又は指定都市の市長は、<u>更新後の有効期限を記載した新たな指定医証を更新者に交付する。なお、更新前の有効期限切れの指定医証については、当該指定医において適切に処分することとして差し支えない。</u> (3) 受講の延期及び指定医証の有効期限延長の申請 指定医は、5年度ごとの研修を受けるべき年度において、やむを得ない理由により、当該年度に実施されるいずれの研修も受講することができない見込みとなったとき、又は、現にいずれの研修も受けることができなかったときは、<u>別紙様式2</u>に、写真1枚を添付の上、住所地の都道府県知事又は指定都市の市長に提出しなければならない。<u>なお、この際には、指定医証を添付することを要しない。</u> (略) 厚生労働大臣がやむを得ない理由が存すると認めたときは、都道府県知事又は指定都市の市長は、<u>厚生労働大臣からの精神保健指定医更新時研修受講延期（指定医証有効期限延長）通知とともに、延長した有効期限を記載した新たな指定医証を交付する。なお、延長前の有効期限切れの指定医証については、当該指定医において適切に処分することとして差し支えない。</u>	(2) 指定医証の更新 指定医は、5年度ごとの研修を受けたときは、<u>別紙様式1による指定医証更新申請書</u>に、写真（縦<u>50</u>ミリメートル、横40ミリメートルとし、申請6月以内に上半身脱帽で撮影されたもの。なお、裏面に撮影年月日及び氏名を記載しておくこと。以下同じ。）1枚を添付の上、研修の修了日に、研修の実施団体を経由して、都道府県知事又は指定都市の市長に<u>申請</u>しなければならない。なお、この際には、指定医証を添付することを要しない。 都道府県知事又は指定都市の市長は、<u>更新の通知とともに指定医証を更新者に交付する。</u> (3) 受講の延期及び指定医証の有効期限延長の申請 指定医は、5年度ごとの研修を受けるべき年度において、やむを得ない理由により、当該年度に実施されるいずれの研修も受講することができない見込みとなったとき、又は、現にいずれの研修も受けることができなかったときは、<u>別紙様式2による精神保健指定医更新時研修受講延期（指定医証有効期限延長）申請書</u>に、写真1枚を添付の上、住所地の都道府県知事又は指定都市の市長に提出しなければならない。 (略) 厚生労働大臣がやむを得ない理由が存すると認めたときは、都道府県知事又は指定都市の市長は、<u>精神保健指定医更新時研修受講延期（指定医証有効期限延長）通知とともに、延長した有効期限を記載した新たな指定医証を交付する。</u>

新	旧
(略) なお、延期された受講年度に受講した場合の次の回の研修は、本来の<u>(延期前の)</u>受講年度を起算点とした5年後となるものであり、延期された受講年度を起算点とした5年後となるものではない。 (4) 失効について 研修を受けるべき年度において研修を受けなかった指定医が、受講延期の承認も得ていない場合においては、指定医の指定は、当該年度の3月31日の経過により精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第19条第2項の規定により自動的に失効する。<u>なお、失効後の有効期限切れの指定医証については、当該指定医において適切に処分することとして差し支えない。</u> 2 指定医証の記載事項等の変更届 (1) 勤務先の変更 指定医は、指定医証に記載された勤務先に変更があったときは、速やかに別紙様式<u>1</u>に、指定医証を添付の上、住所地の都道府県知事又は指定都市の市長に<u>提出</u>すること。 (略) 都道府県又は指定都市は、指定医証の記載を訂正してこれを指定医に返還する<u>ものとする。</u> (2) 氏名の変更 指定医は、氏名の変更があったときは、速やかに別紙様式<u>1</u>に、指定医証及び写真1枚を添付の上、住所地の都道府県知事又は指定都市の市長に<u>提出</u>	(略) なお、延期された受講年度に受講した場合の次の回の研修は、本来の受講年度を起算点とした5年後となるものであり、延期された受講年度を起算点とした5年後となるものではない。 (4) 失効について 研修を受けるべき年度において研修を受けなかった指定医が、受講延期の承認も得ていない場合においては、指定医の指定は、当該年度の3月31日の経過により精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第19条第2項の規定により自動的に失効する。 2 指定医証の記載事項等の変更届 (1) 勤務先の変更 指定医は、指定医証に記載された勤務先に変更があったときは、速やかに別紙様式<u>3-1</u>により、指定医証を添付の上、住所地の都道府県知事又は指定都市の市長に<u>届け出る</u>こと。 (略) 都道府県又は指定都市は、指定医証の記載を訂正してこれを指定医に返還する<u>とともに、別紙様式4による報告書を添えて、当該変更届を保管すること。</u> (2) 氏名の変更 指定医は、氏名の変更があったときは、速やかに別紙様式<u>3-1</u>により、指定医証及び写真1枚を添付の上、住所地の都道府県知事又は指定都市の市

新	旧
すること。 (略) (3) 住所地の変更 指定医は、住所地の変更があったときは、速やかに別紙様式<u>1</u>を、住所地（変更後の住所地）の都道府県知事又は指定都市の市長に<u>提出すること</u>。 3 指定医証の再交付 指定医は、指定医証を紛失又はき損したときは、速やかに別紙様式<u>3</u>に、紛失したときは写真1枚、き損したときは指定医証及び写真1枚を添付の上、住所地の都道府県知事又は指定都市の市長に<u>提出すること</u>。<u>なお、指定医証の再交付を受けた後、紛失した指定医証を発見したときは、速やかに住所地の都道府県知事又は指定都市の市長を経由して、指定医証を厚生労働大臣に返納すること。</u> 4 指定医の辞退届 指定医が指定医の職務を行うことが将来にわたってなくなった場合又は指定医の職務を全うすることができなくなった場合等指定医を辞退するときは、別紙様式<u>4</u>に、指定医証を添付の上、住所地の都道府県知事又は指定都市の市長に<u>提出すること</u>。 5 指定医の死亡届 指定医が死亡したときは、指定医の遺族等は、速やかに別紙様式<u>5</u>に、指	長に<u>届け出る</u>こと。 (略) (3) 住所地の変更 指定医は、住所地の変更があったときは、速やかに別紙様式<u>3－2</u>により、住所地（変更後の住所地）の都道府県知事又は指定都市の市長に<u>届け出る</u>こと。 3 指定医証の再交付 指定医は、指定医証を紛失又はき損したときは、速やかに別紙様式<u>5</u>により、紛失したときは<u>始末書（様式任意）</u>及び写真1枚、き損したときは指定医証及び写真1枚を添付の上、住所地の都道府県知事又は指定都市の市長に<u>届け出る</u>こと。 4 指定医の辞退届 指定医が指定医の職務を行うことが将来にわたってなくなった場合又は指定医の職務を全うすることができなくなった場合等指定医を辞退するときは、別紙様式<u>6</u>により、指定医証を添付の上、住所地の都道府県知事又は指定都市の市長に<u>届け出る</u>こと。 5 指定医の死亡届 指定医が死亡したときは、指定医の遺族等は、速やかに別紙様式<u>7</u>によ

新	旧
定医証を添付の上、住所地の都道府県知事又は指定都市の市長に<u>提出する</u>こと。 6 指定の取消し又は職務の停止 (1) (略) (2) 指定医は、指定医の指定を取り消されたとき又は期間を定めてその職務の停止を命ぜられたときは、速やかに別紙様式<u>6</u>を添えて、住所地の都道府県知事又は指定都市の市長を経由して指定医証を厚生労働大臣に返納すること。 (削る)	<u>り</u>、指定医証を添付の上、住所地の都道府県知事又は指定都市の市長に<u>届ける</u>こと。 6 指定の取消し又は職務の停止 (1) (略) (2) 指定医は、指定医の指定を取り消されたとき又は期間を定めてその職務の停止を命ぜられたときは、速やかに別紙様式<u>8</u>により、住所地の都道府県知事又は指定都市の市長を経由して指定医証を厚生労働大臣に返納すること。 別紙様式 1 ～ 8

新		旧		
別紙様式1(更新、記載事項変更、住所地変更)		(新設)		
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)	〒 —		
↓該当する申請・届出の内容に☑の上、必要事項を記入してください。(複数選択可)				
1	☐	精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第19条第1項の規定による5年ごとの研修を修了したので、更新後の指定医証の交付を申請します。		
	(必要事項)	研修修了年月日	(西暦) ※研修受講日を記載	
2	☐	指定医証の記載事項に変更がありましたので、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3第1項の規定に基づき申請します。		
(必要事項)	旧氏名			
	旧勤務先	(名称)		
		(住所)	〒 —	
3	☐	住所地に変更がありましたので精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行規則第4条の12第2項の規定に基づき届け出ます。		
(必要事項)	旧住所	〒 —		
※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。				
※3の住所地の変更の届出は、変更後の住所地の都道府県又は指定都市に提出して下さい。				

新										旧																			
別紙様式2(受講の延期及び指定医証の有効期限延長)																				(新設)									
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		〒				ー																							
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)		〒				ー																					
↓必要事項を記入してください。																													
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5の規定に基づき、研修を受講すべき年度の延期及び指定医証の有効期限の延長を申請します。																													
(必要事項)		研修を受講できない理由 (具体的に)																											
		受講できないやむを得ない理由を証するに足る書類(別添)		☐		被災証明書				☐		診断書																	
				☐		留学証明書																							
				☐		その他																							
受講できるようになる年度		令和				年度																							
※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。 ※指定医証の記載事項又は住所地に変更があった場合は、別紙様式1を都道府県又は指定都市に併せて提出して下さい。																													

新				旧			
別紙様式3(再交付)							
				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)		〒		—	
↓ 必要事項を記入してください。							
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3第2項の規定に基づき再交付されるよう申請します。							
(必要事項)		紛失・き損理由 (具体的に)					
※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。							
※指定医証の記載事項又は住所地に変更があった場合は、別紙様式1を都道府県又は指定都市に併せて提出して下さい。							

(新設)

新	旧																																																										
別紙様式4(辞退) <table><tr><td>申請日</td><td>(西暦)</td><td></td></tr></table> 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。 <table><tr><td rowspan="2">現住所</td><td>〒</td><td></td><td>－</td><td></td></tr><tr><td colspan="4"></td></tr><tr><td>氏名</td><td colspan="2"></td><td>生年月日</td><td>(西暦)</td><td></td></tr><tr><td>電話番号</td><td colspan="2"></td><td>メールアドレス</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td>指定医証の番号</td><td>第</td><td></td><td>号</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td>指定医証の交付年月日</td><td colspan="2"></td><td>指定医証の有効期限</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td rowspan="3">現在の勤務先</td><td>(名称)</td><td colspan="4"></td></tr><tr><td>(住所)</td><td>〒</td><td></td><td>－</td><td></td></tr><tr><td colspan="5"></td></tr></table> ↓ 必要事項を記入してください。 <table><tr><td colspan="3">精神保健指定医の指定を辞退したいので届け出ます。</td></tr><tr><td>(必要事項)</td><td>辞退理由</td><td></td></tr></table> ※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。	申請日	(西暦)		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)	〒		－							精神保健指定医の指定を辞退したいので届け出ます。			(必要事項)	辞退理由		(新設)
申請日	(西暦)																																																										
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)	〒		－																																																							
精神保健指定医の指定を辞退したいので届け出ます。																																																											
(必要事項)	辞退理由																																																										

新		旧	
別紙様式5(死亡)		(新設)	
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			
申請者と死亡した指定医との関係(続柄等)			
電話番号		メールアドレス	
↓必要事項を記入してください。			
精神保健指定医に指定されていた下記の者が、死亡したので届け出ます。			
(必要事項)	氏名		
	死亡年月日	(西暦)	
	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
	指定医証を添付できない理由		
※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。			
※死亡した指定医の住所地の都道府県又は指定都市に提出して下さい。			

新	旧																																																							
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。 <table><tr><td rowspan="2">現住所</td><td>〒</td><td></td><td>－</td><td></td></tr><tr><td colspan="4"></td></tr><tr><td>氏名</td><td colspan="2"></td><td>生年月日</td><td>(西暦)</td></tr><tr><td>電話番号</td><td colspan="2"></td><td>メールアドレス</td><td></td></tr><tr><td>指定医証の番号</td><td>第</td><td></td><td>号</td><td></td></tr><tr><td>指定医証の交付年月日</td><td colspan="2"></td><td>指定医証の有効期限</td><td></td></tr><tr><td rowspan="3">現在の勤務先</td><td>(名称)</td><td colspan="3"></td></tr><tr><td>(住所)</td><td>〒</td><td></td><td>－</td></tr><tr><td colspan="4"></td></tr></table> ↓ 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 ☐ 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。 <table><tr><td>(必要事項)</td><td>指定取消年月日</td><td>(西暦)</td><td></td><td></td></tr></table> 2 ☐ 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。 <table><tr><td rowspan="2">(必要事項)</td><td rowspan="2">職務停止期間</td><td>(西暦)</td><td></td><td>から</td></tr><tr><td>(西暦)</td><td></td><td>まで</td></tr></table> ※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。	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)	〒		－					(必要事項)	指定取消年月日	(西暦)			(必要事項)	職務停止期間	(西暦)		から	(西暦)		まで	(新設)
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)	〒		－																																																				
(必要事項)	指定取消年月日	(西暦)																																																						
(必要事項)	職務停止期間	(西暦)		から																																																				
		(西暦)		まで																																																				

平成 8 年 3 月 21 日
健 医 精 発 第 20 号
最終改正 令 和 4 年 4 月 1 日
障 精 発 0401 第 2 号

都道府県
各 精神保健福祉主管部（局）長 殿
指定都市

厚生省保健医療局精神保健課長

精神保健指定医の証の更新等に係る事務取扱要領について

精神保健指定医については、これまで、新規の指定に係る事務の取扱いについては、昭和六三年五月十三日健医精発第一六号厚生省保健医療局精神保健課長通知「精神衛生法等の一部を改正する法律による改正後の精神保健法の運用上の留意事項について」中の第三「精神保健指定医に関する事項」により行われており、また、指定医証の更新、記載事項の変更その他の指定後の諸手続については、昭和六十三年七月十四日健医精発第二四号厚生省保健医療局精神保健課長通知「精神保健指定医の更新等に係る事務取扱要領について」により行われてきたところである。

今般、精神保健法の一部を改正する法律(平成七年法律第九十四号)により、指定医が五年ごとの研修を受講しなかった場合の指定の失効の規定が設けられ、平成八年四月一日から施行されること等に伴い、前記の健医精発第二四号通知を廃止して別添のとおり新たな要領を定めたので、適切な運用に努められるとともに、精神保健指定医等関係者に対しても周知徹底方お取り計らい願いたい。

別添

精神保健指定医の証の更新等に係る事務取扱要領

1 5年度ごとの研修及び指定医証の更新

(1) 5年度ごとの研修

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号。以下「法」という。）第19条の規定により、精神保健指定医（以下「指定医」という。）が、5年度ごとの研修を受けなかった場合には、当該研修を受けなかったことについてやむを得ない理由が存すると厚生労働大臣が認めたときを除き、当該指定を受けるべき年度の終了の日（3月31日）の経過をもって指定の効力を失うこととされており、研修を受けるべき年度は、「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第19条第1項の規定に基づき、精神保健指定医が研修を受けなければならない年度を定める件」（平成8年3月21日厚生省告示第89号）の定めるところによる。

また、精神保健指定医の証（以下「指定医証」という。）には、研修を受けるべき年度の末日を指定医証の有効期限として記載しているところであり、指定医は、その有効期限に留意して、研修を受講することが必要である。

なお、研修実施団体（公益社団法人日本精神科病院協会、公益社団法人全国自治体病院協議会及び一般社団法人日本総合病院精神医学会が登録されている。）より、当該年度における受講を必要とする指定医に対し、受講のお知らせを送付することとしているので、案内状が不着とならぬよう、指定医は、住所地の変更届の提出を必ず行うとともに、指定医証の記載事項についても変更届の提出を励行し、研修の受講年度については、法律の規定に基づき自らの受講年度に留意することが必要である。

(2) 指定医証の更新

指定医は、5年度ごとの研修を受けたときは、別紙様式1に、写真（縦60ミリメートル、横40ミリメートルの大型サイズとし、申請6月以内に上半身脱帽で撮影されたもの。なお、裏面に撮影年月日及び氏名を記載しておくこと。以下同じ。）1枚を添付の上、研修の修了日に、研修の実施団体を經由して、都道府県知事又は指定都市の市長に提出しなければならない。なお、この際には、指定医証を添付することを要しない。

都道府県知事又は指定都市の市長は、更新後の有効期限を記載した新たな指定医証を更新者に交付する。なお、更新前の有効期限切れの指定医証については、当該指定医において適切に処分することとして差し支えない。

(3) 受講の延期及び指定医証の有効期限延長の申請

指定医は、5年度ごとの研修を受けるべき年度において、やむを得ない理由により、当該年度に実施されるいずれの研修も受講することができない見込みとなったとき、又は、現にいずれの研修も受けることができなかったときは、別紙様式2に、写真1枚を添付の上、住所地の都道府県知事又は指定都市の市長に提出しなければならない。なお、この際には、指定医証を添付することを要しない。

研修を受けることができないやむを得ない理由は、法施行規則第4条により、「研修を受けるべき年度において実施されるいずれの研修をも受けることができないことにつき、災害、傷病、長期の海外渡航その他の事由があること」とされている。

法施行規則第1条の3中「やむを得ない理由が存することを証する書類」の例としては、被災証明、診断書、留学証明書等である。受講の延期の申請は、原則事前申請とする（事後申請となるのは災害、急病等やむを得ない場合に限る）ので、研修を受けるべき年度に実施される全ての研修について受講できないことが明らかとなった場合には速やかに必要書類等を添付の上、住所地の都道府県知事又は指定都市の市長に提出すること。

厚生労働大臣がやむを得ない理由が存すると認めたときは、都道府県知事又は指定都市の市長は、厚生労働大臣からの精神保健指定医更新時研修受講延期（指定医証有効期限延長）通知とともに、延長した有効期限を記載した新たな指定医証を交付する。なお、延長前の有効期限切れの指定医証については、当該指定医において適切に処分することとして差し支えない。

また、受講延期の期間は、原則として1年間であるが、海外渡航等事前に長期に渡って研修の受講が困難であることが判明している場合に限り、4年を限度として複数年にわたり延期申請を行うことも可能である。

なお、延期された受講年度に受講した場合の次の回の研修は、本来の（延期前の）受講年度を起算点とした5年後となるものであり、延期された受講年度を起算点とした5年後となるものではない。

（４）失効について

研修を受けるべき年度において研修を受けなかった指定医が、受講延期の承認も得ていない場合においては、指定医の指定は、当該年度の3月31日の経過により精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第19条第2項の規定により自動的に失効する。なお、失効後の有効期限切れの指定医証については、当該指定医において適切に処分することとして差し支えない。

２ 指定医証の記載事項等の変更届

（１）勤務先の変更

指定医は、指定医証に記載された勤務先に変更があったときは、速やかに別紙様式1に、指定医証を添付の上、住所地の都道府県知事又は指定都市の市長に提出すること。

なお、精神科の医療機関以外の勤務先に異動した場合や、勤務先を有しなくなった場合においても、指定医の辞退届を提出しない限り、勤務先の変更届等を提出することが必要である。

都道府県又は指定都市は、指定医証の記載を訂正してこれを指定医に返還するものとする。

（２）氏名の変更

指定医は、氏名の変更があったときは、速やかに別紙様式1に、指定医証及び写真1枚を添付の上、住所地の都道府県知事又は指定都市の市長に提出すること。

都道府県知事又は指定都市の市長は、新たな指定医証を発行して、当該指定医に交付するものとする。

（３）住所地の変更

指定医は、住所地の変更があったときは、速やかに別紙様式 1 を、住所地（変更後の住所地）の都道府県知事又は指定都市の市長に提出すること。

３ 指定医証の再交付

指定医は、指定医証を紛失又はき損したときは、速やかに別紙様式 3 に、紛失したときは写真 1 枚、き損したときは指定医証及び写真 1 枚を添付の上、住所地の都道府県知事又は指定都市の市長に提出すること。なお、指定医証の再交付を受けた後、紛失した指定医証を発見したときは、速やかに住所地の都道府県知事又は指定都市の市長を経由して、指定医証を厚生労働大臣に返納すること。

４ 指定医の辞退届

指定医が指定医の職務を行うことが将来にわたってなくなった場合又は指定医の職務を全うすることができなくなった場合等指定医を辞退するときは、別紙様式 4 に、指定医証を添付の上、住所地の都道府県知事又は指定都市の市長に提出すること。

５ 指定医の死亡届

指定医が死亡したときは、指定医の遺族等は、速やかに別紙様式 5 に、指定医証を添付の上、住所地の都道府県知事又は指定都市の市長に提出すること。

６ 指定の取消し又は職務の停止

- （１）都道府県知事又は指定都市の市長は、指定医について、法第 19 条の 2 第 2 項の規定に該当すると認められるときは、同条第 4 項の規定により厚生労働大臣にその旨を通知すること。
- （２）指定医は、指定医の指定を取り消されたとき又は期間を定めてその職務の停止を命ぜられたときは、速やかに別紙様式 6 を添えて、住所地の都道府県知事又は指定都市の市長を経由して指定医証を厚生労働大臣に返納すること。

別紙様式1(更新、記載事項変更、住所地変更)

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)	〒	—			

↓該当する申請・届出の内容に☑の上、必要事項を記入してください。(複数選択可)

1	☐	精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第19条第1項の規定による5年ごとの研修を修了したので、更新後の指定医証の交付を申請します。				
	(必要事項)	研修修了年月日	(西暦)		※研修受講日を記載	
2	☐	指定医証の記載事項に変更がありましたので、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3第1項の規定に基づき申請します。				
(必要事項)	旧氏名					
	旧勤務先	(名称)				
		(住所)	〒	—		
3	☐	住所地に変更がありましたので精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行規則第4条の12第2項の規定に基づき届け出ます。				
(必要事項)	旧住所	〒	—			

※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。

※3の住所地の変更の届出は、変更後の住所地の都道府県又は指定都市に提出して下さい。

別紙様式2(受講の延期及び指定医証の有効期限延長)

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)	〒	—			

↓必要事項を記入してください。

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5の規定に基づき、研修を受講すべき年度の延期及び指定医証の有効期限の延長を申請します。					
(必要事項)	研修を受講できない理由 (具体的に)				
	受講できないやむを得ない理由を証するに足る書類(別添)	☐	被災証明書	☐	診断書
		☐	留学証明書		
		☐	その他		
	受講できるようになる年度	令和		年度	

※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。

※指定医証の記載事項又は住所地に変更があった場合は、別紙様式1を都道府県又は指定都市に併せて提出して下さい。

別紙様式3(再交付)

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)	〒		—		

↓必要事項を記入してください。

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3第2項の規定に基づき再交付されるよう申請します。		
(必要事項)	紛失・き損理由 (具体的に)	

※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。

※指定医証の記載事項又は住所地に変更があった場合は、別紙様式1を都道府県又は指定都市に併せて提出して下さい。

別紙様式4(辞退)

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	〒 ー		
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)	〒 ー	

↓必要事項を記入してください。

精神保健指定医の指定を辞退したいので届け出ます。		
(必要事項)	辞退理由	

※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。

別紙様式5(死亡)

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				
申請者と死亡した指定医との関係(続柄等)				
電話番号			メールアドレス	

↓必要事項を記入してください。

精神保健指定医に指定されていた下記の者が、死亡したので届け出ます。					
(必要事項)	氏名				
	死亡年月日	(西暦)			
	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	
	指定医証を添付できない理由				

※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。

※死亡した指定医の住所地の都道府県又は指定都市に提出して下さい。

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	☐	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	☐	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。