

## 日医かかりつけ医機能研修制度 修了申請書

福島県 医師会長 殿

日医かかりつけ医機能研修制度に基づき、下記の通り申請致します。

記入日【            年        月        日】

1. 医師会入会状況	1. 会員	2. 非会員
2. 所属郡市区医師会名	医師会	
3. 氏 名	(フリガナ)	
4. 医籍登録番号		
5. 生年月日	西暦	年        年        月        日生
6. 医療機関名		
7. 医療機関住所	〒        -	
8. 医療機関電話・FAX 番号	TEL: (        )	-
	FAX: (        )	-
9. 業務の種別	1. 開設者・管理者	2. 勤務医        3. 研修医
	4. その他 (        )	
10. 基本研修 (本研修制度の <u>修了申請時において認定期間内である日医生涯教育認定証</u> の有無)	1. 有	2. 無
11. 応用研修 取得単位数	_____ 単位	
12. 実地研修 取得単位数 (1項目につき5単位)	_____ 単位	

\*所属医師会にご提出ください。