

日医かかりつけ医機能研修制度 平成30年度の修了申請について

福島県医師会長 宛

医師会名:

会長名:

印

標記制度の申請にあたり、申請者 については、下記書類紛失のため受講歴等について、
 本会において発行済の確認をいたしましたことを証明いたします。

基本 研修	日医生涯教育認定証			
	認定期間	28.12.1～31.11.30	29.12.1～32.11.30	30.12.1～33.11.30
	該当する認定期間に ○をつけてください。			

応用 研修	1～6. 応用研修会 (各1単位以上必須:最大2回までカウント可)						
	項目	1	2	3	4	5	6
	受講証明書取得日の 開催日をご記入ください						
	7. 地域包括診療加算・地域包括診療料に係るかかりつけ医研修会 (1単位:最大2回までカウント可)						
	開催日	平成28年8月21日(日)		平成29年7月30日(日)		平成30年8月26日(日)	
	修了証書取得の 開催日に○をつけてください						
	8. かかりつけ医認知症対応力向上研修会 (1単位:最大2回までカウント可)						
	開催日	平成28年8月28日(日)		平成29年8月27日(日)		平成30年11月3日(土・祝)	
	修了証書取得の 開催日に○をつけてください						