

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 月 日生
6. 医療機関名	
7. 医療機関住所	〒 ー
8. 医療機関電話・FAX 番号	TEL: () ー FAX: () ー
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

***所属郡市医師会にご提出ください。**