

令和5年1月24日

各郡市区医師会長 様

福島県医師会
会長 佐藤 武 寿
(公印省略)

日医かかりつけ医機能研修制度
令和4年度の修了申請について

このことについて、別紙のとおり申請にかかるご案内をいたしますので、貴会会員等にご案内の上、会員より申請がありました際には、提出書類等をご確認いただき、別紙1に提出書類を添えて、**令和5年2月28日(火)**まで本会宛提出願います。

本提出書類において、「日医生涯教育認定証」「受講証明書及対象研修会の修了証書」のコピー添付となっておりますが、認定書等手元にないとの照会が会員よりありました際には、お手数でも別紙参考資料にてご確認の上、ご対応いただきたくよろしく願います。参考資料は郵送にて別途お送りいたします。

なお、提出書類のうち「**実施報告書(様式3)**」については、申請者の活動をご確認の上、郡市区医師会記入欄に署名・捺印の上ご提出をお願いいたします。

また、非会員より申請のありました際には面接の上、申請手数料と提出書類の確認をお願いいたします。申請手数料は下記口座にお振込願います。

本件については、本会ホームページへの掲載を予定しております。

記

<振り込み先>

銀行名 : 東邦銀行 本店
口座番号 : 普通預金 No.12632
口座名義 : 一般社団法人福島県医師会

会長 佐 藤 武 寿

(担当: 業務課 村上 / TEL024-522-5191 / FAX024-521-3156)

【文書管理システム登録・郡市医師会宛通知フォルダ】

日医かかりつけ医機能研修制度

令和4年度の修了申請者

医師会名： 医師会

() 1. 申請者あり 名

氏名	医療機関名	備考

() 2. 申請者なし

*該当するところにご記入ください。