様式１

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	〒　　－
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

＊所属郡市医師会にご提出ください。