

日医かかりつけ医機能研修制度 令和7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	R5.12.1～R7.11.30	R6.12.1～R8.11.30	R7.12.1～R9.11.30
	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	令和5年度の対象研修会 開催なし		令和6年度の対象研修会 開催なし		令和7年度の対象研修会 開催なし	
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	令和5年3月11日（土）		令和6年3月30日（土）		令和7年2月23日（日）	
修了証書取得の 開催日に○をつけてください						