

令和 8 年 2 月 1 7 日

各郡市地区医師会長 様

福島県医師会  
会長 石 塚 尋 朗  
(公 印 省 略)

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

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 8 年 3 月 1 3 日（金）**まで本会宛提出願います。

本提出書類において、「受講証明書及び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お願いいたします。参考資料は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。

追って本件については、本会ホームページへの掲載を予定しておりますことを申し添えます。

記

<振り込み先>

銀行名：東邦銀行 本店  
口座番号：普通預金 No.1 2 6 3 2  
口座名義：一般社団法人福島県医師会

会長 いし 石 つか 塚 じん 尋 ろう 朗

(担当：業務第一課 後藤／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】