**日医かかりつけ医機能研修制度　修了申請書**

熊本県医師会長　様

　　　日医かかりつけ医機能研修制度に基づき、下記のとおり申請いたします。

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** | Ｔ　　Ｓ　　Ｈ　　　　年　　　月　　　日生 |
| **６．医療機関名** |  |
| **７．医療機関住所** | 〒　　　－ |
| **８．医療機関ＴＥＬ・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 |
| **10.基本研修**（本制度の修了申請時に認定期間内である日医生涯教育認定証の有無） | 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 |
| **※13修了者の掲載**  （熊本県医師会ホームページへの掲載の有無） | １．掲載する　　　　２．掲載しない |

※令和5年度の修了申請より「修了者リスト」を熊本県医師会ホームページに掲載することとなりました。掲載内容は、郡市医師会、氏名、医療機関名、住所を予定しております。