

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. 所属都市医師会名	_____ 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 4. その他()
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、都市医師会、氏名、医療機関名、住所を掲載しております。