

日医かかりつけ医機能研修制度 修了申請書

富山県医師会長 村上 美也子 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. 富山県医師会入会状況 ※該当番号に○を記入	1. 会員	2. 非会員
2. 所属郡市区医師会名 ※非会員の場合は未記入	医師会	
3. 氏 名	(フリガナ) 印	
4. 医籍登録番号		
5. 生年月日	S H 年 月 日生	
6. 医療機関名		
7. 医療機関住所	〒 ー 富山県_____	
8. 医療機関電話・FAX 番号	TEL: () ー FAX: () ー	
9. 業務の種別 ※該当番号に○を記入	1. 開設者・管理者 2. 勤務医 3. 研修医 4. その他 ()	
10. 基本研修修了の確認	※ <u>認定期間内の『日医生涯教育認定証』</u> のコピーを添付してください	
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	

記入例

日医かかりつけ医機能研修制度 修了申請書

富山県医師会長 村上 美也子 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【〇〇〇〇年〇〇月〇〇日】

1. 富山県医師会入会状況 ※該当番号に○を記入	1. 会員 2. 非会員
2. 所属郡市区医師会名 ※非会員の場合は未記入	〇〇市 医師会
3. 氏 名	(フリガナ) タテヤマ タロウ 立山 太郎 ※ハンコ 印
4. 医籍登録番号	〇〇〇〇〇〇〇〇※6ケタの数字
5. 生年月日	S H 〇〇年 〇月 〇日生
6. 医療機関名	〇〇クリニック
7. 医療機関住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 富山県〇〇市〇〇町〇〇-〇
8. 医療機関電話・FAX 番号	TEL: (〇〇〇〇) 〇〇-〇〇〇〇 FAX: (〇〇〇〇) 〇〇-〇〇〇〇
9. 業務の種別 ※該当番号に○を記入	1. 開設者・管理者 2. 勤務医 3. 研修医 4. その他 ()
10. 基本研修修了の確認	※認定期間内の『日医生涯教育認定証』のコピーを添付してください
11. 応用研修 取得単位数	10 単位 ※要 10 単位以上
12. 実地研修 取得単位数 (1 項目につき 5 単位)	10 単位 ※要 10 単位以上