**日医かかりつけ医機能研修制度 修了申請書**

**別添１**

千葉県医師会長　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【　平成　　　年　　　月　 　日】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １．医師会入会状況 | １．会員　　　　　　　　　２．非会員 | |
| ２．所属郡市区医師会名 | 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．医療機関電話・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  （本研修制度の**修了申請時において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【10単位必須】 | | 単位 |
| 12．実地研修　取得単位数【10単位必須】  （※1項目につき5単位） | | 単位 |

※郡市医師会までで千葉県医師会に入会されていない方については申請代金１万円の納入が必要となります。

※郡市医師会にも所属されていない方については、都道府県医師会の役員による面談が必要となります。