**日医かかりつけ医機能研修制度 修了申請書**

佐賀県医師会長　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【　　　　　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 | 　　　　　　　　　　　　　 　　単位 |
| 12．実地研修　取得単位数（1項目につき5単位） | 　　　　　　　　　　　　　　　　　単位 |
| 13．佐賀県医師会ホームページで公表する本制度修了者リストへの掲載について（記載項目：氏名・医療機関情報） | １．諾 　　 　 　２．否 |