**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 |