

本研修制度の申請について

【修了申請の受付時期】

毎年12月～1月の2ヶ月

【修了証書の交付日】

申請翌年度の4月1日付けで交付

※申請方法については、道医報、北海道医師会HP、会員ML等でお知らせいたします。

本研修制度の修了申請を行う医師(以下、申請者)は、下記の4点の書類をご用意ください。

①日医生涯教育認定証のコピー(修了申請時において認定期間内であるもの。)

②【別添1】日医かかりつけ医機能研修制度 修了申請書

③【別添2】日医かかりつけ医機能研修制度 応用研修受講報告書

④【別添3】日医かかりつけ医機能研修制度 実地研修実施報告書

①



②

別添1

日医かかりつけ医機能研修制度 修了申請書

●●●●●●●●●●

日医かかりつけ医機能研修制度に基づき、下記内容を確認し、申請します。

記入日【 年 月 日】

1. 医師個人状況	1. 名 姓	2. 身 分
2. 所属病院(研修機関名)	所属科	
3. 氏 名	(フリガナ)	
4. 医師登録番号		
5. 生年月日	〒 〇 〇 〇 年 〇 月 〇 日	
6. 所属機関名		
7. 所属機関住所	〒 - -	
8. 所属機関住所・FAX番号	TEL: () () ()	FAX: () () ()
9. 職務の種別	1. 医 師 長・管 理 者	2. 医 師 長
	3. 専 門 医	4. 専 門 医 助
10. 基本研修 (本研修制度の修了申請時に必要となる研修修了証明書の取得状況)	1. 修 了	2. 未 修 了
11. 応用研修 取得状況	_____ 取得	
12. 実地研修 取得状況 (研修修了証明書の取得)	_____ 取得	

③

別添2

日医かかりつけ医機能研修制度
応用研修 受講報告書 (案)

1. 氏 名	(フリガナ)
2. 所属病院	〒 〇 〇 〇 年 〇 月 〇 日
3. 所属機関住所	〒 〇 〇 〇 年 〇 月 〇 日

■実地研修として本研修制度修了申請の際に提出する際において下記項目より1つ以上を選択し、単位数を取得する。
単位数については1〜9までの範囲に1つを最大と1つまでの範囲に1つ以上を選択する。
また、下記1〜9についてはそれぞれ1つ以上の科目を選択することを必須とする。

参加証コピー等貼り付け欄
※本報告書の提出できるように貼り付けてください。写真が大きい場合は複数枚貼り付けが可能です。【別添2】(本研修)のコピーが貼られる場合は必ずこの欄に貼ってください。

【添付】(1)本研修修了申請書(研修修了申請書)の提出
①本研修修了申請書(研修修了申請書)の提出
②本研修修了申請書(研修修了申請書)の提出
③本研修修了申請書(研修修了申請書)の提出

1. 応用研修(1単位)
2. 実地研修(1単位)
3. フォロアップ研修(1単位)
4. 応用研修(1単位)
5. 応用研修(1単位)
6. 応用研修(1単位)

参加証コピー等貼り付け欄
※本報告書の提出できるように貼り付けてください。写真が大きい場合は複数枚貼り付けが可能です。【別添2】(本研修)のコピーが貼られる場合は必ずこの欄に貼ってください。

【添付する他の研修】

1. 「地域医療連携推進」地域医療連携推進研修(1単位)
2. 「地域医療連携推進」地域医療連携推進研修(1単位)
3. 「地域医療連携推進」地域医療連携推進研修(1単位)
4. 「地域医療連携推進」地域医療連携推進研修(1単位)
5. 「地域医療連携推進」地域医療連携推進研修(1単位)
6. 「地域医療連携推進」地域医療連携推進研修(1単位)

④

別添3

日医かかりつけ医機能研修制度
実地研修 実施報告書

1. 氏 名	(フリガナ)
2. 所属病院	〒 〇 〇 〇 年 〇 月 〇 日

■実地研修として本研修制度修了申請の際に提出する際において下記項目より1つ以上を選択し、単位数を取得する。
また、1項目を選択につき単位数を1単位とし、1単位を1単位とする。

項 目	実施の有無 (○)を記載し、または 具体的な内容を記載してください。
1. 学際医・連携・協働研修への参加	
2. 研修レポート活動	
3. 研修修了後の振り返り	
4. 研修修了後の振り返り(研修修了後の振り返り)	
5. 研修修了後の振り返り(研修修了後の振り返り)	
6. 研修修了後の振り返り(研修修了後の振り返り)	
7. 研修修了後の振り返り(研修修了後の振り返り)	
8. 研修修了後の振り返り(研修修了後の振り返り)	
9. 研修修了後の振り返り(研修修了後の振り返り)	
10. 研修修了後の振り返り(研修修了後の振り返り)	
11. 研修修了後の振り返り(研修修了後の振り返り)	
12. 研修修了後の振り返り(研修修了後の振り返り)	
13. 研修修了後の振り返り(研修修了後の振り返り)	
14. 研修修了後の振り返り(研修修了後の振り返り)	
15. 研修修了後の振り返り(研修修了後の振り返り)	
16. 研修修了後の振り返り(研修修了後の振り返り)	

日医かかりつけ医機能研修制度 修了申請書

●●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
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師教育認定証の有無)	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

【別添1】 修了申請書

氏名や医療機関名、各研修の取得単位数等を記入していただく申請書です。

【別添2】 応用研修 受講報告書

必要事項を記入の上、申請者が応用研修を受講した際の参加証のコピー等を当該報告書の貼り付け欄に添付してください。

貼り付け欄への添付が困難な場合は、参加証のコピー等を当該報告書にホチキス止めするなど、参加証のコピー等の有無が分かるように添付してください。

別添2

日医かかりつけ医機能研修制度 応用研修 受講報告書 (案)

1. 氏名	(フリガナ)
2. 生年月日	T S H 年 月 日生
3. 医師資格証による受講歴	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>

■応用研修として本研修制度修了申請時の前3年間に於いて下記項目より10単位を取得する。
単位数については1～8の各項目につき最大2回までのカウントを認める。
また、下記1～6についてはそれぞれ1つ以上の科目を受講することを必須とする。

参加証コピー等貼り付け欄

※各書類が確認できるよう貼り付けてください。サイズが大きい等の理由により貼り付けができない場合は、【別添2】(本用紙)にホチキス止めする等の方法で添付してください。

【座学】(1)日医かかりつけ医機能研修制度応用研修会(仮称)
(2)本研修制度応用研修シラバスに基づき作成されたテキストを用いて実施される、①都道府県医師会、郡市区医師会主催による研修会、②日医生涯教育講座

1. かかりつけ医の倫理、質・医療安全、感染対策(各1単位)
2. 健康増進・予防医学、生活習慣病、認知症(各1単位)
3. フレイル予防、高齢者総合的機能評価(CGA)・老年症候群(各1単位)
4. かかりつけ医の栄養管理、リハビリテーション、摂食嚥下障害(各1単位)
5. かかりつけ医の在宅医療・緩和医療(1単位)
6. 症例検討(1単位)

参加証コピー等貼り付け欄

※各書類が確認できるよう貼り付けてください。サイズが大きい等の理由により貼り付けができない場合は、【別添2】(本用紙)にホチキス止めする等の方法で添付してください。

【関連する他の研修会】

7. 「地域包括診療加算・地域包括診療科に係るかかりつけ医研修会」等※の受講(2単位)
※平成26年10月13日に開催した日本医師会在宅医リーダー研修会を含む、日本医師会、都道府県医師会、郡市区医師会が主催する当該研修会に準ずる研修会。
8. 「かかりつけ医認知症対応力向上研修」の修了(1単位)

【別添3】 実地研修 実施報告書

申請者の自己申告により、当該活動の実施の有無等を記載していただきます。
 (当該活動を実施したことが確認できる書類等があるものについては、可能な限り併せて提出。)

項目	実施の有無 (○を記載)、または 具体的内容を記載してください。
1. 学校医・園医、警察業務への協力医	
2. 健康スポーツ医活動	
3. 感染症定点観測への協力	
4. 健康相談、保健指導、行政(保健所)と契約して行っている検診・定期予防接種の実施	
5. 早朝・休日・夜間・救急診療の実施・協力	
6. 産業医・地域産業保健センター活動の実施	
7. 訪問診療の実施	
8. 家族等のレスパイトケアの実施	
9. 主治医意見書の記載	
10. 介護認定審査会への参加	
11. 退院カンファレンスへの参加	
12. 地域ケア会議への参加(会議名は地域により異なる)	
13. 医師会、専門医会、自治会、保健所関連の各種委員	
14. 看護学校等での講義・講演	
15. 市民を対象とした講座等での講演	
16. 地域行事(健康展、祭りなど)への医師としての出務	

※ その他、「社会的な保健・医療・介護・福祉活動、在宅医療、地域連携活動等」として実施している活動があれば下記に記載してください。

17.
18.
19.

【郡市区医師会記入欄】(申請者が医師会会員の場合のみ)

申請者は「社会的な保健・医療・介護・福祉活動、在宅医療、地域連携活動等」として、上記記載の活動を規定の期間内に実施していることを認めます。

医師会名 _____

会長名 _____ 印

※申請者が医師会会員の場合、郡市区医師会において申請者の実地研修実施の有無を可能な限りご確認いただき、郡市区医師会長の署名による承認をお願いいたします。

※非会員の場合は、北海道医師会長の署名にて承認いたします。

【本研修制度を修了した医師の申請手順について】



医師会会員

郡市区医師会へ申請

- 【提出物】
- ①日医生涯教育認定証のコピー
 - ②【別添1】修了申請書
 - ③【別添2】応用研修受講報告書
 - ④【別添3】実地研修実施報告書

郡市区医師会

- 会員による申請の受付。
- 実地研修を実施したか可能な限り確認。
- 提出物を確認の上、申請者を取りまとめ、郡市区医師会長の署名による承認の上、都道府県医師会へ報告。

※都道府県医師会による代行も可能。



医師会非会員

医療機関所在地の都道府県医師会へ申請

- 【提出物】
- ①日医生涯教育認定証のコピー
 - ②【別添1】修了申請書
 - ③【別添2】応用研修受講報告書
 - ④【別添3】実地研修実施報告書

都道府県医師会

- 郡市区医師会が取りまとめた申請者(会員)の確認。
- 非会員による申請を受け、面接による申請内容の確認。
- 理事会等における承認。
- 修了証書または認定証の発行。