

「日医かかりつけ医機能研修制度」修了申請について

■受付期間

令和4年(2022年)1月11日(火)～3月11日(金)

■交付日

令和4年4月以降、北海道医師会から申請者に直接送付

※具体的な申請方法については、北海道医報1240号(令和4年1月号)、北海道医師会ホームページ、郡市通知等でお知らせします。

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

日医かかりつけ医機能研修制度 修了申請書

◆◆事務局注意 前
日医かかりつけ医機能研修制度に基づき、下記の通り申請します。

記入日 年 月 日

1. 医師会入会状況	1. 会員	2. 準会員
2. 所属医師会名称	医師会	
3. 氏名	フリガナ	
4. 医師登録番号		
5. 研修期間	年 月 日 年 月 日	
6. 研修機関		
7. 研修施設住所	〒 -	
8. 研修施設電話 / FAX番号	TEL: () / FAX: ()	
9. 講師の構成	1. 院内外・専任者 2. 院内外 3. 研修医 4. その他	
10. 基本研修 ①研修期間: 研修2年以内(1年1講座) ②研修科目: 研修2年以内(1年1講座)	1. 年 2. 月	
11. 応用研修 研修科目名	_____ 課長	
12. 実地研修 研修科目名	_____ 課長	

③

日医かかりつけ医機能研修制度 応用研修 受講報告書

1. 氏名	フリガナ
2. 氏名フリガナ	年 月 日 年 月 日
3. 所属医師会による所属	年 月 日

◆◆事務局注意
■本研修として本研修科目受講申請時の記入事項において記載済み事項とする。
※同一科目の修習については最大2回まで単位としてカウント可能。

受講期間書をご一筆取り付け

※「応用研修」(2日間研修)と「実地研修」(1週間研修)は「研修2年以内(1年1講座)」に該当する研修科目の修習期間に算入することが可能です(1年1講座)。
既に行っている「修習」(院内外)は、研修科目システムから必ず研修科目を選択していただく。

④

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. 氏名フリガナ	年 月 日 年 月 日

◆◆事務局注意
■本研修として本研修科目受講申請時の記入事項において記載済み事項とする。
※同一科目の修習については最大2回まで単位としてカウント可能。

場 所	実地の実施 (○)未実施 (×)または 具体的な内容は記載してください。
1. 院内院外 2講座 2. 院内院外 1講座	
3. 研修センターの施設	
4. 研修センター施設の一階	
5. 講義施設、研修設備、研修(研修用)と報告して行っている施設、研修設備の施設	
6. 研修、院内、院外、研修施設の施設、能力	
7. 実地、施設研修センター施設の施設	
8. 施設研修の施設	
9. 実地研修のレポートの施設	
10. 研修センターの施設	
11. 施設研修センターの施設 (研修施設は研修より異なる)	
12. 院内院外、専門施設、研修施設、研修施設の名前	
13. 院内院外での施設、研修	
14. 院内院外での施設、研修	
15. 院内院外での施設、研修	
16. 院内院外での施設、研修	

【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1

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 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

【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受講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	
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終了申請時の前3年間において10単位を取得する。
同一名称の講義については最大2回まで単位としてカウントを認める。

受講証明書コピー等貼り付け欄

※「応用研修会」の受講証明や、本研修制度の「関連する他の研修会」に該当する研修会の受講証明が確認できるよう貼り付けてください。
貼り付けができない場合は、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。

【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してください。)

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・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

※申請者が「会員」の場合、郡市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確認いただき、郡市医師会長の署名による承認をお願いします。

※申請者が「非会員」の場合は、北海道医師会長の署名により承認します。

【本研修制度を修了した医師の申請手順について】

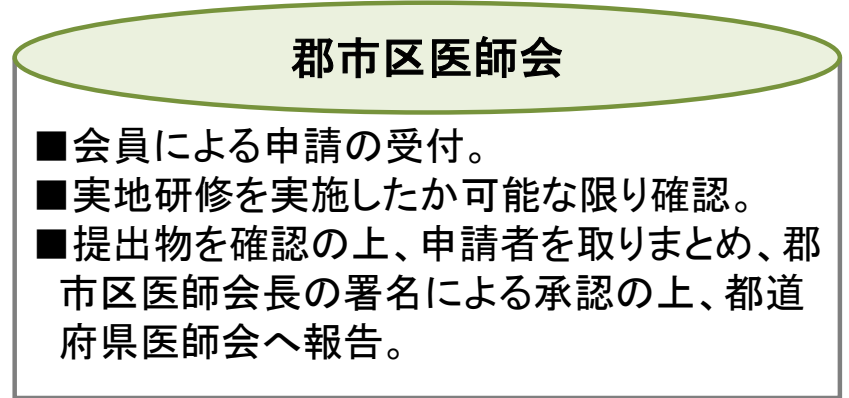


医師会会員

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



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

