別添１

日医かかりつけ医機能研修制度 修了申請書

北海道医師会長　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 平成 27・28・29 年度のいずれかの日医生涯教育認定証のコピーを添付してください	１．有　　２．無
11．応用研修　取得単位数 平成 27 年 1 月 1 日～平成 29 年 12 月 31 日において、応用研修単位を 10 単位以上取得することが要件です	単位（10 単位以上）
12. 実地研修　取得単位数（1 項目につき 5 単位） 平成 27 年 1 月 1 日～平成 29 年 12 月 31 日において、特定項目を 2 項目以上（10 単位以上）取得することが要件です	単位（2 項目以上）