令和８年度

日医かかりつけ医機能研修制度 修了申請書

京都府医師会長　殿

日医かかりつけ医機能研修制度に基づき、下記の通り申請いたします。

申請日【　　年　　月　　日】

１．京都府医師会入会状況	１．会員　　２．非会員
２．地区医師会名	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（会員）の種別	１．開設者・管理者（ A 会員 ） ２．勤務医（ B1 会員 ・ B2 会員 ） ３．研修医（ C 会員 ） ４．その他（　　）
10．基本研修 **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（コピーを添付）**	１．有　　２．無
11．応用研修　取得単位数 **令和６年１月１日～令和８年 12 月 31 日において 10 単位以上の取得が要件**	＿＿＿＿＿＿単位（10 単位以上）
12．実地研修　実施数 **令和６年１月１日～令和８年 12 月 31 日において、特定項目２つ以上の実施が要件**	＿＿＿＿＿＿（２以上）
13. 府医 HP の修了者リストへの氏名公表 ※原則、公表しております。	□　承諾する