

## 【修了申請の受付時期】

毎年12月～1月の2ヶ月間

## 【修了証書または認定証の交付日】

申請翌年度の4月1日付で交付

## 【申請費】

愛知県医師会会員（5,000円）、非会員（10,000円）

## 【更新費】

愛知県医師会会員（5,000円）、非会員（10,000円）

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【様式1】日医かかりつけ医機能研修制度 修了申請書

③【様式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【様式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

様式1

日医かかりつけ医機能研修制度 修了申請書

公益社団法人愛知県医師会様 様

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. 所属医師会名	医師会	
3. 氏名	(フリガナ)	
4. 医師登録番号		
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. 業務の種類	1. 開業医・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	

※申請時には、「日医生涯教育認定証」と様式1~3をご提出ください。

③

様式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

■応用研修として本研修制度修了申請時の前3年間に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、本用紙にキリキネ止め等の方法で添付してください。

※医師会業務を用いて研修会の出席管理が行われた場合であっても、受講証明書が発行されず所持していない場合は、チェックをお願いします。  
(医師会業務による受講証明がある場合)

④

様式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. 生年月日	T S H 年 月 日生

■実地研修として本研修制度修了申請時の前3年間に2項目以上2つ以上実施していること。1項目実施につき5単位とし、10単位を取得する。

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、警務業務への協力医	
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席	

# 【様式1】 修了申請書

様式1

## 日医かかりつけ医機能研修制度 修了申請書

公益社団法人愛知県医師会 様

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】

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。

1. 医師会入会状況	1. 会員                      2. 非会員
2. 所属医師会名	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. 業務の種類	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

※申請時には、「日医生涯教育認定証」と様式1～3をご提出ください。

# 【様式2】 応用研修 受講報告書

様式2

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。

## 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

■応用研修として本研修制度終了申請時の前3年間に於いて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。

※医師資格証を用いて研修会の出席管理が行われた場合であって、  
受講証明書が発行されずお持ちでない場合には、チェックをお願いいたします。  
(医師資格証による受講歴がある場合)

# 【様式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.

【県下 31 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

申請者が名古屋市医師会会員の場合、名古屋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ご確認いただき、**名古屋市医師会会長名による承認**をいたします。

# 【本研修制度を修了した医師の申請手順について】



名古屋市医師会会員

## 名古屋市医師会へ申請

### 【提出物】

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

## 名古屋市医師会

- 名古屋市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、名古屋市医師会会長の署名による承認の上、愛知県医師会へ報告。

## 愛知県医師会

- 名古屋市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付け、面接による申請内容の確認。
- 理事会等における承認。
- 認定証の発行。