

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

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、下記の通り申請します。

記入日 年 月 日

1. 研修加入の状況	1. 出席	2. 不参加
2. 所属する研修会名	研修会名	
3. 氏 名	フリガナ	
4. 所属診療科		
5. 生年月日	年 月 日	性別
6. 勤務機関名		
7. 勤務機関住所	〒 -	
8. 所属機関住所、所属番号	〒 ( ) ( )	所属番号 ( ) ( )
9. 所属の種別	1. 病院・診療所 2. 研修所 3. 研修所 4. その他 ( )	
10. 所属科	1. 内科 2. 外科	
11. 所属科長 所属科長	氏名	
12. 所属科長 所属科長	氏名	

③

日医かかりつけ医機能研修制度 応用研修 受講報告書 (表)

1. 氏 名 (フリガナ)

2. 生年月日 年 月 日 性別

3. 所属機関による受講種別 種別

【応用研修として本研修制度で受講した研修の修了状況(修了/未修了)を記入し、1名単位で申請する。研修数については1～3名の研修員につき最大2回までのカウントを認める。また、下記1～5のいずれか1つを必ず選択し、記入する研修会名を必ず記入することとする。

※参加コード一筆取り付添

【研修】 ① 研修会名(研修会名) ② 研修会名(研修会名) ③ 研修会名(研修会名) ④ 研修会名(研修会名) ⑤ 研修会名(研修会名)

1. 研修会名(研修会名) ① 研修会名(研修会名) ② 研修会名(研修会名) ③ 研修会名(研修会名) ④ 研修会名(研修会名) ⑤ 研修会名(研修会名)

2. 研修会名(研修会名) ① 研修会名(研修会名) ② 研修会名(研修会名) ③ 研修会名(研修会名) ④ 研修会名(研修会名) ⑤ 研修会名(研修会名)

3. フォーラム研修、実践研修等の研修研修 (1000・研修会名) (6名1単位)

4. 日医かかりつけ医機能研修、かかりつけ医研修、実践研修 (6名1単位)

5. 日医かかりつけ医機能研修・実践研修 (1単位)

6. 研修研修 (1単位)

※参加コード一筆取り付添

【研修】 ① 研修会名(研修会名) ② 研修会名(研修会名) ③ 研修会名(研修会名) ④ 研修会名(研修会名) ⑤ 研修会名(研修会名)

1. 研修会名(研修会名) ① 研修会名(研修会名) ② 研修会名(研修会名) ③ 研修会名(研修会名) ④ 研修会名(研修会名) ⑤ 研修会名(研修会名)

2. 研修会名(研修会名) ① 研修会名(研修会名) ② 研修会名(研修会名) ③ 研修会名(研修会名) ④ 研修会名(研修会名) ⑤ 研修会名(研修会名)

3. 研修会名(研修会名) ① 研修会名(研修会名) ② 研修会名(研修会名) ③ 研修会名(研修会名) ④ 研修会名(研修会名) ⑤ 研修会名(研修会名)

4. 研修会名(研修会名) ① 研修会名(研修会名) ② 研修会名(研修会名) ③ 研修会名(研修会名) ④ 研修会名(研修会名) ⑤ 研修会名(研修会名)

5. 研修会名(研修会名) ① 研修会名(研修会名) ② 研修会名(研修会名) ③ 研修会名(研修会名) ④ 研修会名(研修会名) ⑤ 研修会名(研修会名)

6. 研修会名(研修会名) ① 研修会名(研修会名) ② 研修会名(研修会名) ③ 研修会名(研修会名) ④ 研修会名(研修会名) ⑤ 研修会名(研修会名)

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. 生年月日 年 月 日 性別

3. 所属機関による受講種別 種別

【実地研修として本研修制度で受講した研修の修了状況(修了/未修了)を記入し、1名単位で申請する。研修数については1～3名の研修員につき最大2回までのカウントを認める。また、下記1～5のいずれか1つを必ず選択し、記入する研修会名を必ず記入することとする。

※参加コード一筆取り付添

【研修】 ① 研修会名(研修会名) ② 研修会名(研修会名) ③ 研修会名(研修会名) ④ 研修会名(研修会名) ⑤ 研修会名(研修会名)

1. 研修会名(研修会名) ① 研修会名(研修会名) ② 研修会名(研修会名) ③ 研修会名(研修会名) ④ 研修会名(研修会名) ⑤ 研修会名(研修会名)

2. 研修会名(研修会名) ① 研修会名(研修会名) ② 研修会名(研修会名) ③ 研修会名(研修会名) ④ 研修会名(研修会名) ⑤ 研修会名(研修会名)

3. 研修会名(研修会名) ① 研修会名(研修会名) ② 研修会名(研修会名) ③ 研修会名(研修会名) ④ 研修会名(研修会名) ⑤ 研修会名(研修会名)

4. 研修会名(研修会名) ① 研修会名(研修会名) ② 研修会名(研修会名) ③ 研修会名(研修会名) ④ 研修会名(研修会名) ⑤ 研修会名(研修会名)

5. 研修会名(研修会名) ① 研修会名(研修会名) ② 研修会名(研修会名) ③ 研修会名(研修会名) ④ 研修会名(研修会名) ⑤ 研修会名(研修会名)

6. 研修会名(研修会名) ① 研修会名(研修会名) ② 研修会名(研修会名) ③ 研修会名(研修会名) ④ 研修会名(研修会名) ⑤ 研修会名(研修会名)

※都道府県医師会により必要となる書類や書式が異なりますので、修了申請の際はご所属の都道府県医師会にお問い合わせください。

# 【様式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。

様式1

日医かかりつけ医機能研修制度 修了申請書

静岡県医師会長 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

# 【様式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。

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
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1～11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。

受講証明書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、【様式2】(本用紙)にホッチキス止めする等の方法で添付してください。

【応用研修会】

1. 「かかりつけ医の倫理」「かかりつけ医の質・医療安全」「かかりつけ医の感染対策」
2. 「健康増進・予防医学」「生活習慣病」「認知症」
3. 「フレイル予防、高齢者総合的機能評価(CGA)・老年症候群」
4. 「かかりつけ医の栄養管理」「かかりつけ医のリハビリテーション」「かかりつけ医の摂食嚥下障害」
5. 「かかりつけ医の在宅医療・緩和医療」
6. 「症例検討」 (全12講義 各1単位)

受講証明書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、【様式2】(本用紙)にホッ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(日医主催) ※の受講(2単位)  
※都道府県医師会、郡市区医師会が主催する同内容の研修会を含む。
8. 「かかりつけ医認知症対応力向上研修」の修了(1単位)
9. 「かかりつけ医うつ病対応力向上研修」の修了(1単位)
10. 「かかりつけ医等発達障害対応力向上研修」の修了(1単位)
11. 「日本医学会総会」への出席(2単位)

# 【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。)

## 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年間に於いて下記項目より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席	

※ 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。

# 【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【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

**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【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

**都道府県医師会**

- 郡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。