

(令和7年度申請分) 令和8年2月16日(月)までに所属の郡市区医師会へ提出して下さい。

日医かかりつけ医機能研修制度 修了申請書

1. 所属郡市区医師会名	2. 医籍登録番号
3. 氏 名	(フリガナ)
4. 生年月日 (西暦)	／
5. 医療機関名	
6. 医療機関住所	〒
7. 医療機関電話番号	
8. 業務の種別	1. 開設者・管理者 2. 勤務医 3. 研修医 4. その他 ※1～4のいずれかに○をご記入ください。

要件① ☐ 基本研修：日本医師会生涯教育制度認定証を取得していること。（認定期間内であることが条件。）

要件② ☐ 実地研修：社会的な保健・医療・介護・福祉活動、在宅医療、地域連携活動等を2つ以上実践していること。（裏面の実地研修 実施報告欄に記入。）

要件③ ☐ 応用研修：下記研修会において10単位以上取得していること。同一の研修会での単位数については、最大2回までのカウントを認める。

	合計	単位
① 基礎研修		
② 応用研修		
③ 総合研修		
④ 特別研修		
⑤ 他		
⑥ 合計		

※受講された研修会日の□にチェック（✓）の上、受講証明書のコピー等を右側に添付して下さい。

受講証明書は MAMIS マイページからもダウンロード可能です。

<p>(1) 日医かかりつけ医機能研修制度応用研修会の受講(日本医師会及び福岡県医師会主催)</p> <p>※各講義項目につき、<u>2回までのカウントを認める</u>。受講講義項目の詳細は、受講証明書にて確認させていただきます。</p>				
令和5年度(各6単位)	<input type="checkbox"/> 令和5年8月27日	<input type="checkbox"/> 令和5年10月1日	<input type="checkbox"/> 令和5年11月3日	
令和6年度(各6単位)	<input type="checkbox"/> 令和6年10月6日	<input type="checkbox"/> 令和6年11月4日		
令和7年度(各6単位)	<input type="checkbox"/> 令和7年9月21日	<input type="checkbox"/> 令和7年10月19日	<input type="checkbox"/> 令和7年11月3日	<input type="checkbox"/> 令和7年11月16日

(2) かかりつけ医認知症対応力向上研修の修了(各1単位) ※2回までのカウントを認める。			
主 催	令和5年度	令和6年度	令和7年度
福岡県医師会	<input type="checkbox"/> 令和6年1月28日	<input type="checkbox"/> 令和6年12月1日	<input type="checkbox"/> 令和7年11月4日～12月4日(オンデマンド配信)
北九州市医師会	<input type="checkbox"/> 令和5年10月27日・11月2日	<input type="checkbox"/> 令和6年11月21日・28日	開催なし
福岡市医師会	<input type="checkbox"/> 令和5年12月3日	<input type="checkbox"/> 令和6年12月1日	<input type="checkbox"/> 令和7年11月30日

(3) かかりつけ医心の健康対応力向上研修の修了(1単位) ※2回までのカウントを認める。			
主 催	令和5年度	令和6年度	令和7年度
福岡県医師会	<input type="checkbox"/> 令和5年12月18日・令和6年1月23日	<input type="checkbox"/> 令和7年1月23日・2月4日	<input type="checkbox"/> 令和7年12月9日・12月17日

(4) かかりつけ医等発達障がい者地域包括支援研修の修了(各1単位) ※2回までのカウントを認める。			
主 催	令和5年度	令和6年度	令和7年度
福岡県医師会	<input type="checkbox"/> 令和6年1月27日 <input type="checkbox"/> 令和6年3月29日	<input type="checkbox"/> 令和7年2月23日 <input type="checkbox"/> 令和7年3月24日	開催なし

(5) 日本医学会総会への出席(2単位)
<input type="checkbox"/> 令和5年4月21日~23日

※今年度応用研修の単位として認められる研修会は、令和5年1月1日～令和7年12月31日までの期間に開催されたものが対象となります。令和8年1月1日以降に開催予定の研修会は、来年度申請の対象となります。

受講証明書を添付して下さい

「日医かかりつけ医機能研修制度 応用研修」の単位として認められる研修会は、令和5年1月1日から令和7年12月31日までに実施された左記研修会のみとなります。

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。

※受講証明書コピー等のサイズ、貼り付け方法(のり・ホッチキス等)に指定はありません。

日医かかりつけ医機能研修制度

実地研修 実施報告

■実地研修として本研修制度修了申請時の前３年間（令和５～７年）において下記項目より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・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. 地域ケア会議等への参加(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