

重 要

平成 30 年 12 月 5 日

会員各位

鎌倉市医師会会長 井口 和幸
地域保健担当理事 花岡 正人
宮下 明

平成 30 年度日医かかりつけ医機能研修制度修了証書の申請手続きについて

時下ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。

また、平素より本会事業にご理解ご協力を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、標記の件につきましては、所属郡市医師会にて申請を受付・取りまとめて、神奈川県医師会へ申請することになっております。

(非会員については、昨年度同様、神奈川県医師会が、直接受付をいたします。)

今年度の申請につきまして、別添資料の「日医かかりつけ医機能研修制度修了申請の流れ」を参考に、下記の受付期間内に、日医生涯教育認定証（コピー）、別添 1～3 のあわせて 4 点の書類を、鎌倉市医師会あてご提出くださいますようお願い申し上げます。

記

受付期間：平成 30 年 12 月 17 日（月）～平成 31 年 1 月 31 日（木）

お問い合わせ先
鎌倉市医師会
事務局 担当：田中 玲子
住所：鎌倉市材木座 3-5-35
TEL 0467 (22) 1245
FAX 0467 (24) 0083
E-mail tanaka@kcma.jp

【神奈川県医師会における日医かかりつけ医機能研修制度 修了申請の流れ】

(1) 申請受付場所

平成 30 年度受付においては、昨年度同様、会員は鎌倉市医師会にて受付いたします。

(2) 申請方法・・・申請に必要な提出書類等

ア 日医生涯教育認定証のコピー

イ【別添 1】修了申請書

ウ【別添 2】応用研修受講報告書

エ【別添 3】実地研修実施報告書

※ウ 応用研修会受講報告書、エ 実地研修実施報告書に添付する受講証明書の対象期間は、平成 28 年 1 月 1 日から平成 30 年 12 月 31 日の 3 年間となります。

(3) 修了証書の発行

平成 31 年 4 月 1 日付で、日医かかりつけ医機能研修制度修了証を交付します。

修了証の送付時期は、平成 31 年 4 月下旬から 5 月中旬を予定しています。

なお平成 30 年度より非会員の先生方の申請も受付しております。

こちらにつきましては、神奈川県医師会地域医療企画課へお問い合わせください。

電話 045-241-7000/FAX045-241-1464/メール y-kobayashi@kanagawa.med.or.jp

日医かかりつけ医機能研修制度 修了申請書

神奈川県医師会長 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 (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	

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・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.

【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

（※ 非会員の場合は、可能な限り資料の写しを添付してください。）

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、【別添3】（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。