（別紙様式１）

**「石川県医師会認定かかりつけ医」認定申請書**

石 川 県 医 師 会 長 　殿

　「石川県医師会認定かかりつけ医」認定制度に基づき、下記のとおり申請します。

記入日【　　　　年　　月 　日】

|  |  |
| --- | --- |
| １．　県医師会入会状況 | 　　　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TEL・FAX | 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（本認定制度の**申請の基準日を認定の期間内とす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 |

《添付資料》　・「石川県医師会認定かかりつけ医」認定制度にかかる『実地研修』実施報告書(別紙様式２)

・日医生涯教育認定証、応用研修の受講証明書、実地研修に係る関係資料等の写し