（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