

(様式3)

## 石川糖尿病連携医（新規・更新）認定申請書

石川県医師会長 殿

石川糖尿病連携医認定制度における認定を受けたいので、下記のとおり申請いたします。

|                |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------|--|-------------------|--|--|--|--|--|--|--|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 区分             | 1. 新規 2. 更新  | (更新の場合のみ)<br>認定番号 |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ふりがな           |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 氏名             | ㊞  |                   |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 性別             | 1. 男 2. 女  | 生年月日<br>(西暦)      |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 自宅住所           | 〒  |                   |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                | TEL  |                   |  |  |  |  |  |  |  | FAX |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 勤務先<br>施設名     |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 勤務先住所          | 〒  |                   |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                | TEL  |                   |  |  |  |  |  |  |  | FAX |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 電子メール<br>アドレス  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 取得単位数          | ( ) 単位   |                   |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| その他要件<br>の充足状況 | 以下の(A)～(C)を 1. すべて満たしている 2. 満たしていない  |                   |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                | (A)糖尿病患者の診療を行っていること<br>(B)糖尿病連携手帳又は地域連携クリティカルパスが配付可能であること<br>(C)糖尿病対策推進会議が作成した「紹介・連携基準」を参考に、他の医療機関との連携に努めていること |                   |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ホームページ掲載       | 承諾する ・ 承諾しない   |                   |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

注1 単位取得した研修会の受講証明書の写しを当該申請書とともに提出してください。

注2 石川県医師会の口座に認定料(更新料)をお振込の上、振込証明書の写しを当該申請書とともに提出してください。

<提出先>

〒920-8660

金沢市鞍月東2丁目48番地

石川県医師会事務局

| 事務局使用欄 |     |      |
|--------|-----|------|
| 受付日    | 認定日 | 認定番号 |
|        |     |      |

(様式3)

## 石川糖尿病連携医（新規・更新）認定申請書

石川県医師会長 殿

石川糖尿病連携医認定制度における認定を受けたいので、下記のとおり申請いたします。

|                |   |              |              |   |   |     |              |   |   |   |   |   |   |   |
|----------------|---|--------------|--------------|---|---|-----|--------------|---|---|---|---|---|---|---|
| 区分             | <input checked="" type="radio"/> 1. 新規 <input type="radio"/> 2. 更新  |              | (更新の場合のみ)    |   |   |     |              |   |   |   |   |   |   |   |
|                | 認定番号  |              |              |   |   |     |              |   |   |   |   |   |   |   |
| ふりがな           | いしかわ たろう  |              |              |   |   |     |              |   |   |   |   |   |   |   |
| 氏名             | 石川 太郎                          |              |              |   |   |     |              |   |   |   |   |   |   |   |
| 性別             | <input checked="" type="radio"/> 1. 男 <input type="radio"/> 2. 女  |              | 生年月日<br>(西暦) | 1 | 9 | 7   | 1            | 年 | 0 | 1 | 月 | 0 | 1 | 日 |
| 自宅住所           | 〒 9 2 0 - 8 5 8 0<br>石川県金沢市鞍月 1 - 1 ハイム鞍月601号室  |              |              |   |   |     |              |   |   |   |   |   |   |   |
|                | TEL   | 076-225-     |              |   |   | FAX | 076-225-     |   |   |   |   |   |   |   |
| 勤務先<br>施設名     | 鞍月クリニック   |              |              |   |   |     |              |   |   |   |   |   |   |   |
| 勤務先住所          | 〒 9 2 0 - 8 5 8 0<br>石川県金沢市鞍月1-2  |              |              |   |   |     |              |   |   |   |   |   |   |   |
|                | TEL   | 076-225-xxxx |              |   |   | FAX | 076-225-xxxx |   |   |   |   |   |   |   |
| 電子メール<br>アドレス  | t-ishikawa@   |              |              |   |   |     |              |   |   |   |   |   |   |   |
| 取得単位数          | ( 1 0 ) 単位  |              |              |   |   |     |              |   |   |   |   |   |   |   |
| その他要件<br>の充足状況 | 以下の(A)～(C)を <input checked="" type="radio"/> 1. すべて満たしている <input type="radio"/> 2. 満たしていない                        |              |              |   |   |     |              |   |   |   |   |   |   |   |
|                | (A) 糖尿病患者の診療を行っていること<br>(B) 糖尿病連携手帳又は地域連携クリティカルパスが配付可能であること<br>(C) 糖尿病対策推進会議が作成した「紹介・連携基準」を参考に、他の医療機関との連携に努めていること |              |              |   |   |     |              |   |   |   |   |   |   |   |
| ホームページ掲載       | <input checked="" type="radio"/> 承諾する <input type="radio"/> 承諾しない   |              |              |   |   |     |              |   |   |   |   |   |   |   |

注1 単位取得した研修会の受講証明書の写しを当該申請書とともに提出してください。

注2 石川県医師会の口座に認定料(更新料)をお振込の上、振込証明書の写しを当該申請書とともに提出してください。

<提出先>  
〒920-8660  
金沢市鞍月東2丁目48番地  
石川県医師会事務局

| 事務局使用欄 |     |      |
|--------|-----|------|
| 受付日    | 認定日 | 認定番号 |
|        |     |      |