北海道医師会事業第三課 行

FAX 011-221-5070

E-mail 3ka@m.doui.jp

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会 第1回
—日本医師会 座学(対面形式)— 受講申込書

※ 参加申込締切 7月22日(月)

医籍登録番号					
ふりがな					
氏名					
生年月日	西暦	年	月	日	
会員種別 (該当に○を付けてください)	日医会員	道医会員	郡市医師会会員	非会員	
所属郡市・医育機関 医師会名・役職 (例:〇〇市・理事など)					
所属 医療機関名					
医療機関住所	〒 (TEL — —) (FAX — —)				
E-mail					

日時：令和6年9月1日(日) 10:00~17:15

場所：日本医師会「大講堂」 東京都文京区本駒込 2-28-16

形式：座学(対面形式)

受講者：下記の①または②に該当し、①を優先とし先着順となります。

① 都道府県医師会における日医かかりつけ医機能研修制度担当理事をはじめ、今後、都道府県医師会や郡市区医師会において、応用研修会を実施する際に企画・運営等に携わる会員医師。

② かかりつけ医となる全ての医師(診療科や主たる診療の場は問いません)。

定員：北海道枠 10名

※受講案内は上記 E-mail にお送りさせていただきます。

※ご記載いただいた個人情報は、日本医師会・本会関係者(担当役職員、講師等)でのみ使用し、それ以外には利用いたしません。