**鹿児島県医師会認定かかりつけ医制度申請書**

鹿児島県医師会長　殿

　鹿児島県医師会認定かかりつけ医制度に基づき、下記の通り申請致します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| （※太枠の中をご記入下さい） | | | 記入日 | 年　　　月　　　日 |
| １． | 医師会入会状況 | １．会員　　　　　　　　　２．非会員 | | |
| ２． | 所属医師会名  （会員のみ） | 医師会 | | |
| ３． | 氏　　　　　名 | （フリガナ） | | |
|  | | |
| ４． | 生年月日 | Ｔ　Ｓ　Ｈ　　　　年　　　　　月　　　　　日生（　　　　歳） | | |
| ５． | 医療機関名 |  | | |
| ６． | 医療機関  住所 | 〒　　　－ | | |
|  | | |
| ７． | 医療機関電話番号 | TEL（　　　　　　）　　　　　　－ | | |
| ８． | 医療機関ＦＡＸ番号 | FAX（　　　　　　）　　　　　　－ | | |
| ９． | 業務の種別 | １．開設者・管理者　　２．勤務医　　３．研修医  ※会員・非会員に限らず１～３のいずれかに○を付けてください。 | | |
| 10． | 認定証の有無 | ・日本医師会生涯教育制度認定証を取得している。  　→**認定証のコピーまたは発行証明書を添付してください。**  （認定証を取得していない場合、申請することはできません。  　なお、日本医師会生涯教育認定証を紛失された場合、もしくは  取得状況を確認したい場合は、本会宛事前にお問い合わせください。） | | |

|  |
| --- |
| 【資　格】  １）鹿児島県内で医療活動を行っており、かかりつけ医の定義を満たす者。  ２）かかりつけ医の役割を果たす者。  ３）「かかりつけ医の目標」のポスターを施設内に掲示し、それに努力すること。  ４）日本医師会生涯教育講座の受講を必修とし、認定証を取得していること。  ５）地域保健医療活動に会員は２つ以上、非会員は４つ以上従事していること。  ※裏面もご記入下さい。 |

１１．地域保健医療活動について

　　　申請年の１月１日現在で会員は２つ以上、非会員は４つ以上従事していること。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 項　　　目 | 従事の有無（○を記載） |
| １） | 学校医・園医、警察業務への協力医 |  |
| ２） | 産業医 |  |
| ３） | 地域産業保健センター活動　※ |  |
| ４） | 健康スポーツ医活動　※ |  |
| ５） | 行政（保健所）と契約して行っている検診　※ |  |
| ６） | 定期予防接種　※ |  |
| ７） | 認知症サポート医、もの忘れの相談ができる医師 |  |
| ８） | 在宅診療の実施 |  |
| ９） | 医師会、専門医会、自治体、保健所関連の各種委員　※ |  |
| 10） | 介護保険認定審査委員 |  |
| 11） | 市民を対象とした講座等での講演　※ |  |
| 12） | 平日夜間、休日当番医 |  |
| 13） | 地域行事(健康展、祭りなど)患者会活動への医師としての支援　※ |  |

※3,4,5,6,9,11,13については、従事している内容をできるだけ具体的にご記入ください。

　　　上記以外に従事している活動があれば下記に記載してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 14） |  |  |
| 15） |  |  |
| 16） |  |  |

|  |
| --- |
| ※所属医師会記入欄（会員のみ）※ |
| 地域保健医療活動について上記記載のとおりと認めます。  　　　　　　　　　　　医師会名  　　　　　　　　　　　会 長 名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ※県医記入欄※ | 顧客番号 |  |  |  |  |  |  |  | 受　付　印 |
| 整理番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 承認日 | 令和　　年　　　　月　　　　日 | | | | | | |
| 備　　　考 |  | | | | | | |