

一般社団法人 日本地域医療学会「認定総合医」申請について

<書類送付時の注意事項>

- 下記提出書類は、メールまたは郵送にて、日本地域医療学会事務局までお送りください。
- 証明書等に関し、スキャン等してデータにてお送りいただいても構いません。
- データ送付と郵送を併用して送付された場合は、データ送付・郵送併用の旨、ご記載願います。
- 送付から2週間ほどしても、書類受け取りの確認メールが事務局から届かない場合は、恐れ入りますが、事務局までご連絡ください。

<提出書類>

1. 申請書（申請書・実績報告①②・学会・研修会参加記録）
2. 日本地域医療学会入会届（既入会者不要）
3. 学会・研修会参加記録確認書類（ネームカード、抄録集等のコピー及びデータ送付可）
4. 研修歴証明書（データ送付可。但し、機関長の署名は直筆）
地域医療、総合診療、回復期・慢性期医療を担う研修機関長の署名
※異動した場合は3年間のうちいずれかの機関長の署名で可
5. 医師臨床研修指導医講習会修了証書（任意）（コピー及びデータ送付可）
医師臨床研修指導医講習会を今までに一度でも受講していれば、「地域総合診療専門医特任指導医」の資格が付与されます。修了証書（厚生労働省医政局長印のあるもの）を合わせてご提出ください。資格認定決定通知後でもかまいませんが、認定後の締切が短期間のため事前にご用意ください。（修了証書を紛失された場合は、受講証明書発行の依頼をし送付してください）

<送付先>

メール：office@jach.or.jp

郵送：〒105-0012 東京都港区芝大門2-6-6 VORT芝大門4F

※いずれの場合も、「認定医申請」の文言を入れてください。

※郵送の場合、下記宛名をコピーし、貼り付けてご使用頂けます。

〒105-0012
東京都港区芝大門2-6-6 VORT芝大門4F
日本地域医療学会事務局 宛

「認定医申請」

申請書

下記項目に必要な事項をご記入の上、全て出力して、一般社団法人日本地域医療学会事務局宛に、郵送してください。

*マークが付いている項目は入力必須の項目です。

●申請日時点の情報をご記入ください。

●年次を記入する項目では特段指定がない限り西暦表記でご記入ください。

●詳細の日にちが不明な場合は「1日」とご記入ください。

●期間を計算する際、1ヶ月に満たない分は切り上げしてください。

(例：2.5ヶ月の場合は3ヶ月と記入)

●経歴は、卒業後のすべての経歴を記載し、地域医療、総合診療、回復期・慢性期医療の経験に該当する場合は、チェックを入れ（重複可）、該当経歴下段に施設概要及び経験内容を簡潔にご記載ください。

●地域医療、総合診療、回復期・慢性期医療の従事期間は、3年以上であることが必須要件です。

(凡例)		←文字・数字を入力								
		<input type="radio"/>		←選択肢の中から必ず1つを選択		<input type="checkbox"/>		←該当する場合はチェック		
申請年月日*	西暦		年		月		日	※未入力です		
戸籍上の氏名*	姓				名				※未入力です	
ふりがな*	姓				名				※未入力です	
医籍登録上の氏名 <small>※戸籍上の氏名と同一の場合は省略可</small>	姓				名					
(戸籍上の)性別*	<input type="radio"/> 男性				<input type="radio"/> 女性		※未選択です			
生年月日*	西暦		年		月		日	※未入力です		
勤務先住所*	〒		-		※未入力です					
				(都道府県)						
				(市区町村・番地)						
連絡先電話番号*			-			-			※未入力です	
	<input type="radio"/> 代表 (内線 :)	<input type="radio"/> 直通				
携帯電話番号*			-			-			※未入力です	
連絡先E-mailアドレス* <small>※携帯不可</small>						@				※未入力です
<small>※なるべくご本人様に直接届くメールアドレスをご記入ください。</small>										
連絡先E-mailアドレス* (再入力)						@				※未入力です
<small>※確認のため再度入力してください。</small>										
卒業大学* (医学士課程)	大学名 :				大学	※未入力です				
	卒業年 :	西暦		年						
医籍登録番号*				※未入力です						
医籍登録年月日*	<input type="radio"/> 昭和		年		月		日	※未入力です		
	<input type="radio"/> 平成									
	<input type="radio"/> 令和									
所属施設*							※未入力です			
診療科*							※未入力です			
日本地域医療学会への 入会有無*	<input type="radio"/> 入会済				<input type="radio"/> 申請中		※未選択です			

下記経歴内で、地域医療、総合診療、回復期・慢性期医療に該当する経歴にはチェックを入れ（重複可）、該当経歴下段に施設概要及び経験内容を簡潔にご記載ください。

経歴 (卒業後のすべての 経歴をご記載く ださい) *	1	施設名:											診療科:				<input checked="" type="checkbox"/> 地域医療 <input type="checkbox"/> 総合診療 <input type="checkbox"/> 回復期・慢性期医療
		年	月	日	~	年	月	日	期間:	年	ヶ月						
	(施設概要)																
	(経験内容)																
	2	施設名:											診療科:				<input type="checkbox"/> 地域医療 <input type="checkbox"/> 総合診療 <input type="checkbox"/> 回復期・慢性期医療
		年	月	日	~	年	月	日	期間:	年	ヶ月						
	(施設概要)																
	(経験内容)																
3	施設名:											診療科:				<input type="checkbox"/> 地域医療 <input type="checkbox"/> 総合診療 <input type="checkbox"/> 回復期・慢性期医療	
	年	月	日	~	年	月	日	期間:	年	ヶ月							
(施設概要)																	
(経験内容)																	
4	施設名:											診療科:				<input type="checkbox"/> 地域医療 <input type="checkbox"/> 総合診療 <input type="checkbox"/> 回復期・慢性期医療	
	年	月	日	~	年	月	日	期間:	年	ヶ月							
(施設概要)																	
(経験内容)																	
5	施設名:											診療科:				<input type="checkbox"/> 地域医療 <input type="checkbox"/> 総合診療 <input type="checkbox"/> 回復期・慢性期医療	
	年	月	日	~	年	月	日	期間:	年	ヶ月							
(施設概要)																	
(経験内容)																	
6	施設名:											診療科:				<input type="checkbox"/> 地域医療 <input type="checkbox"/> 総合診療 <input type="checkbox"/> 回復期・慢性期医療	
	年	月	日	~	年	月	日	期間:	年	ヶ月							
(施設概要)																	
(経験内容)																	
7	施設名:											診療科:				<input type="checkbox"/> 地域医療 <input type="checkbox"/> 総合診療 <input type="checkbox"/> 回復期・慢性期医療	
	年	月	日	~	年	月	日	期間:	年	ヶ月							
(施設概要)																	
(経験内容)																	
8	施設名:											診療科:				<input type="checkbox"/> 地域医療 <input type="checkbox"/> 総合診療 <input type="checkbox"/> 回復期・慢性期医療	
	年	月	日	~	年	月	日	期間:	年	ヶ月							
(施設概要)																	
(経験内容)																	

地域医療、総合診療、回復期・慢性期医療の従事期間 (従事期間の合計をご記入ください)	期間:	年	ヶ月
--	-----	---	----

実績報告①

研修期間において、地域における活動（保健活動、行政との連携、在宅医療介護連携、認知症、へき地医療・支援など）や多職種多機関連携が有効であった症例などに考察を加え、800～1200字にまとめてください。

実績報告②

今後の方向性・抱負について400字程度で述べてください。

学会・研修会参加記録

学会が定める学会、研修会に参加記録をご記入ください。

- 日本地域医療学会学術集会 1回以上必須
- JACH地域医療ゼミナール参加1回以上必須
- これを含めて50ポイント以上（算定期間V参照）
- 申請年度から遡って3年間のポイント数を算定する

例) 2026年度申請、2026年度認定期間開始認定医のポイント数算定期間

- ・2026年6月申請期限のポイント数算定期間
「2023年（令和5年）4月～2026年（令和7年）3月」の3年間
- ・2026年12月申請期限のポイント数算定期間
「2023年（令和4年）10月～2026年（令和7年）10月」の3年間

●学会・研修会参加記録確認書類（ネームカード・抄録集コピー等可）は、郵送またはPDFにて送付してください。

学会・研修会	参加回数	ポイント
日本地域医療学会学術集会<1回以上必須>		0
JACH地域医療ゼミナール<1回以上必須>		0
総合診療医講座（日慢協）※全修了者		0
医師のための総合リハビリテーション講座（日慢協）		0
医師のための排尿機能回復に向けた治療とケア講座（日慢協）		0
日医かかりつけ医機能研修（日本医師会）		0
自治体病院リーダー養成塾（全自病協）		0
国診協地域包括医療・ケア研修会（国診協）		0
地域包括ケア推進病棟協会アカデミー（地域包括ケア推進病棟協会）		0
日本農村医学会・日本慢性期医療学会		0
地域包括ケア推進病棟研究大会		0
全国自治体病院学会・全国国保地域医療学会		0
日本プライマリケア連合学会学術集会		0
日本病院総合診療医学会学術総会		0
日本医師会 日医eラーニング 1単位=1ポイント 最大5ポイント(注1)		0
合計取得ポイント		0

(注1):日本医師会 日医eラーニングにつきましては、取得単位をご入力ください。

研修歴証明書

地域医療、総合診療、回復期・慢性期医療等の経験が3年以上ある事を証明するために、地域医療、総合診療、回復期・慢性期医療を担う研修機関長の署名（直筆）を取得してください。

※異動した場合は3年間のうちいずれかの機関長の署名で可

※上記経験が得られる施設であれば研修機関は問いません（介護保険施設等も可）

（研修機関名）

（研修期間）

年 月 日 ～ 年 月 日

（機関の長の署名）