

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。

※3. 学会・研修会参加記録確認書類及び4. 研修歴証明書に関しても、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

地域医療、総合診療、回復期・慢性期医療を担う研修機関の長の署名

※異動した場合は3年間のうちいずれかの機関の長の署名で可

5. 医師臨床研修指導医講習会修了証書（任意）

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)

※職歴は、地域医療、総合診療、回復期・慢性期医療等の経験に該当するものをご記入ください。

※職歴及び研修歴欄内で、研修歴に該当する項目は、研修歴にチェックしてください。

※研修証明書は、地域医療、総合診療、回復期・慢性期医療を担う研修機関の長の署名されたものを（異動した場合は3年間のうちいずれかの機関の長の署名で可）送付ください。

(凡例) ←文字・数字を記入

←選択肢の中から必ず1つを選択

←該当する場合はチェック

申請年月日*	西暦	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	日	
戸籍上の氏名*	姓	<input type="text"/>			名	<input type="text"/>		
ふりがな*	姓	<input type="text"/>			名	<input type="text"/>		
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	<input type="text"/>			名	<input type="text"/>		
(戸籍上の)性別*	<input type="radio"/> 男性				<input type="radio"/> 女性			
生年月日*	西暦	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	日	<input type="text"/>
住所*	〒	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>				
		<input type="text"/>			(都道府県)			
		<input type="text"/>			(市区町村・番地)			
		<input type="text"/>			(建物名・号室)			
連絡先電話番号*	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>			
	<input type="radio"/> 代表 (内線: <input type="text"/>)			<input type="radio"/> 直通				
携帯電話番号*	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>			
連絡先E-mailアドレス* <small>※携帯不可</small>	<input type="text"/>				@	<input type="text"/>		
	※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。							
連絡先E-mailアドレス* (再入力)	<input type="text"/>				@	<input type="text"/>		
	※確認のため再度入力してください。							
卒業大学* (医学士課程)	大学名:	<input type="text"/>			大学			
	卒業年:	西暦	<input type="text"/>	年				
医籍登録番号*	<input type="text"/>							
医籍登録年月日*	<input type="radio"/> 昭和	<input type="radio"/> 平成	<input type="radio"/> 令和	年	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	日
所属施設*	<input type="text"/>							
診療科*	<input type="text"/>							
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			

職歴及び研修歴 (研修歴3年以上) *	1	施設名：					診療科：					ヶ月	<input type="checkbox"/> 研修歴
		年	月	日	～	年	月	日	期間：	年			
	2	施設名：					診療科：					ヶ月	<input type="checkbox"/> 研修歴
		年	月	日	～	年	月	日	期間：	年			
	3	施設名：					診療科：					ヶ月	<input type="checkbox"/> 研修歴
		年	月	日	～	年	月	日	期間：	年			
	4	施設名：					診療科：					ヶ月	<input type="checkbox"/> 研修歴
		年	月	日	～	年	月	日	期間：	年			
	5	施設名：					診療科：					ヶ月	<input type="checkbox"/> 研修歴
		年	月	日	～	年	月	日	期間：	年			
6	施設名：					診療科：					ヶ月	<input type="checkbox"/> 研修歴	
	年	月	日	～	年	月	日	期間：	年				
7	施設名：					診療科：					ヶ月	<input type="checkbox"/> 研修歴	
	年	月	日	～	年	月	日	期間：	年				
8	施設名：					診療科：					ヶ月	<input type="checkbox"/> 研修歴	
	年	月	日	～	年	月	日	期間：	年				
9	施設名：					診療科：					ヶ月	<input type="checkbox"/> 研修歴	
	年	月	日	～	年	月	日	期間：	年				
10	施設名：					診療科：					ヶ月	<input type="checkbox"/> 研修歴	
	年	月	日	～	年	月	日	期間：	年				
研修歴合計期間*		年	ヶ月	※上記期間のうち、研修歴のみの合計期間をご記入ください。									

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) 2023年度申請、2024年度認定期間開始認定医のポイント数算定期間

→「2021年（令和3年）1月～2023年（令和5年）12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、別途郵送してください。

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
日本農村医学会・日本慢性期医療学会		0
地域包括ケア病棟研究大会		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		

(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の長の署名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の長の署名で可

※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)