【別　紙】

送付書不要

　新潟県医師会業務課　あて

　（FAX：025-224-6103　E-mail：gyoumu@niigata.med.or.jp）

**日医かかりつけ医機能研修制度 令和7年度応用研修会受講申込書**

**（受講会場：新潟県医師会館）**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | 男  女 | 生年月日（西暦）  　　　年　　月　　日 | | |
| 氏名 |  | |
| 医籍登録番号  （医師免許証の番号） | 第 |  | | | | 号 |
| 所属医療機関名 |  | | | | | |
| 住所 | 〒　　　　－　　　　　　　　　 （ 勤務先 ・ 自宅 ）  TEL：　　　－　　　－　　　 FAX：　　　－　　　－ | | | | | |
| メールアドレス | ※メールアドレスは、誤りやすい文字（英小文字のｌ（エル）と数字の１（イチ）等）には、  ルビを振ってください。 | | | | | |
| 会員区分  （該当される区分に☑を  お付けください） | 新潟県医師会員  　新潟県医師会員外（　　　　　　都道府県医師会） | | | | | |
| 本制度では、研修会の受講実績および修了申請等をMAMIS（医師会会員情報システム）にて登録・管理します。開催案内「6．個人情報の取り扱い」をご確認いただき、MAMISにおける登録情報等の共有についてご同意の上、お申込みください。 | | | | | 同意する | |
| * ☑をお付けください | |

○　今年度は、専門医共通講習の単位が付与される講義はありません。

○　9月5日（金）までに県医師会業務課あてＦＡＸ等でお申し込み願います。

○　お申し込み後、受講票等の送付はございません。定員を超えて受講が不可の場合のみ、ご連絡いたします。

○　受講者には後日、受講証明書を交付いたしますが、遅刻や早退をした講義は受講が認められませんので、予めご承知願います。