

# 日本医師会生涯教育制度における単位取得証明書 (体験学習)

都道府県医師会名 : \_\_\_\_\_

郡市区医師会名 : \_\_\_\_\_

申告者氏名  
\_\_\_\_\_

取得単位数 30分で0.5単位

\_\_\_\_\_ 単位 (1回あたり上限5単位まで)

内 容 : 訪問診療の实地研修

カリキュラムコード (研修内容で下記コードを選択)

\* 1カリキュラムコードは最短30分とする。

- CC : 10 チーム医療
- CC : 12 地域医療
- CC : 13 医療と介護および福祉の連携
- CC : 80 在宅医療
- CC : 81 終末期のケア
- CC : \_\_\_\_\_ (当てはまるコードをご記入ください)

申告者が上記の体験学習を行ったことを証明します。

支援医所属機関

\_\_\_\_\_

支援医名

\_\_\_\_\_

印

令和 年 月 日