

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 (研修実施日：令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日)

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