（様式03-4（都医））　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**【添付①】**

講習会終了後、必ず提出をお願いいたします。

「日医かかりつけ医機能研修制度　令和3年度応用研修会」

Web研修会受講確認用ご提出用紙

開催日時：令和3年11月7日（日）　10時00分～17時15分

主催者：東京都医師会

　本日は標記Web研修会にご参加いただきありがとうございました。

　下記の各項目に必要事項をご記入いただき、本用紙をメールにて11月19日（金）までに事務局へご提出いただくことにより、先生が受講された講義の単位をシステム上で登録いたします。

**送信先メールアドレス：**[**gakujyutsu@tokyo.med.or.jp**](mailto:gakujyutsu@tokyo.med.or.jp)

　なお、講義「１．かかりつけ医の質・医療安全」は、単位取得のために本用紙の提出に加え規定のテストへの合格（80％以上の正解）が必要です。11月19日（金）までに80％以上の正解が得られない場合、当該講義は未受講となります。併せてご回答の程宜しくお願いいたします。

記

１．受講者情報

　　１）医療機関名

　　２）地区医師会名　　　　　　　　　　　　　医師会　←（非会員の方は空欄に×を記入してください。）

　　３）電話番号

４）氏名：（漢字）　　　　　　　　　　　　　（カナ）

５）生年月日（西暦）： 19 年　 月　 日

２．受講講義の確認

１）受講された講義に〇印を付けてください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 講義  番号 | 講義名 | 〇印 |
| 1-③ | かかりつけ医の質・医療安全 |  |
| 2-③ | メタボリックシンドロームからフレイルまで |  |
| 3-③ | 地域医療連携と医療・介護連携 |  |
| 4-③ | 地域包括ケアシステムにおけるかかりつけ医の役割 |  |
| 5-③ | リハビリテーションと栄養管理・摂食嚥下障害 |  |
| 6-③ | 地域連携症例 |  |

**２ページ目に続きます。**

２）受講された講義番号と当該講義の要旨を簡単にご記入ください。

講義番号：1-③　かかりつけ医の質・医療安全

要旨：

講義番号：2-③　メタボリックシンドロームからフレイルまで

要旨：

講義番号：3-③　地域医療連携と医療・介護連携

要旨：

講義番号：4-③　地域包括ケアシステムにおけるかかりつけ医の役割

要旨：

講義番号：5-③　リハビリテーションと栄養管理・摂食嚥下障害

要旨：

講義番号：6-③　地域連携症例

要旨：