

福県医発第 1845 号（総）
令和 2 年 10 月 6 日



各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会
会 長 松 田 峻 一 良
（ 公 印 省 略 ）

「日医かかりつけ医機能研修制度令和 2 年度応用研修会（会場及び WEB 講習会）」
の開催について（ご案内）

仲秋の候、貴職益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。

「日医かかりつけ医機能研修制度」（以下、「日医制度」）につきましては、平素よりご協力を賜り誠にありがとうございます。

さて、例年 5 月に日本医師会がサテライトで開催しておりました標記研修会ですが、新型コロナウイルスの感染対策のため、福県医発第 130 号（総）（令和 2 年 4 月 9 日付）にてその対応についてご連絡していたところです。

今般、日本医師会において収録された DVD を使用して、会場及び W e b 配信にて下記のとおり開催することといたしましたのでご案内申し上げます。

本研修会は、本年 5 月 24 日（日）に日本医師会にて収録された DVD 応用研修の W e b 講習会です。従来は 1 日で応用研修 1 ～ 6 の全講義（6 単位）受講可能でしたが、今回は第 1 回を 11 月の 2 日間（11 月 8 日、11 月 15 日）、第 2 回を 12 月の 2 日間（12 月 5 日、12 月 12 日）に分けて予定しており、1 日あたり 3 単位ずつ取得可能です。応用研修の内容は別表のとおりで、各日程において講義項目が異なりますのでご注意ください。詳細については下記をご参照ください。

つきましては、本研修会の開催について、貴会会員へご周知賜りますよう何卒よろしくお願い申し上げます。

なお、

- 1) 三密を避けるため、できる限り W e b での受講をお願い申し上げます。
- 2) 令和 3 年 3 月 31 日が有効期限の会員に対しましては本会からも直接ご案内いたします。該当名簿は後日お送りいたします。

記

■日医かかりつけ医機能研修制度令和 2 年度第 1 回応用研修会（W e b 講習会）

- 【1 日目】日 時：令和 2 年 11 月 8 日（日）9：00～12：00（講義項目は①②③）
【2 日目】日 時：令和 2 年 11 月 15 日（日）9：00～12：00（講義項目は④⑤⑥）

■日医かかりつけ医機能研修制度令和 2 年度第 2 回応用研修会（W e b 講習会）

- 【1 日目】日 時：令和 2 年 12 月 5 日（土）14：00～17：00（講義項目は①②③）
【2 日目】日 時：令和 2 年 12 月 12 日（土）14：00～17：00（講義項目は④⑤⑥）
（※別紙プログラム参照）

小郡三井医師会より

学術・生涯教育担当理事 柳 大三郎
会 長 島田昇二郎

上記研修会出席ご希望の方は、別紙 1-1 にて 10 月 26 日（月）までに当医師会事務局へお申し込みください。

日医かかりつけ医機能研修制度 令和2年度応用研修会
プログラム

講 義	
応用研修 第2期 1. (2) : 1 単位 生涯教育 CC2:1 単位 【専門医共通講習—①医療倫理（必修）：1 単位】 ① かかりつけ医の倫理 (60 分) 稲葉 一人（中京大学 法務総合教育研究機構 専任教授） 新田 國夫（医療法人社団 つくし会 理事長）	
応用研修 第2期 2. (2) : 1 単位 生涯教育 CC72:1 単位 ② かかりつけ医に必要な小児・思春期への対応 (60 分) 内海 裕美（吉村小児科 院長）	
応用研修 第2期 3. (2) : 1 単位 生涯教育 CC10:0.5 単位 CC80:0.5 単位 ③ 在宅医療、多職種連携 (60 分) 大橋 博樹（医療法人社団家族の森 多摩ファミリークリニック 院長）	
応用研修 第2期 4. (2) : 1 単位 生涯教育 CC4:1 単位 ④ かかりつけ医に必要なリーダーシップ、 マネジメント、コミュニケーションスキル (60 分) 前野 哲博（筑波大学 医学医療系 地域医療教育学 教授）	
応用研修 第2期 5. (2) : 1 単位 生涯教育 CC29:1 単位 ⑤ 認知症、ポリファーマシーと適正処方 (60 分) 栗田 主一（地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター研究所 副所長） 小島 太郎（東京大学医学部附属病院 老年病科 講師）	
応用研修 第2期 6. (2) : 1 単位 生涯教育 CC15:1 単位 ⑥ 在宅リハビリテーション症例 (60 分) 齊藤 正身（医療法人真正会 霞ヶ関南病院 理事長）	

〔講 義 項 目〕:

第1回 (11月)	第2回 (12月)	講 義 項 目
11月8日 (日) 9:00~10:00	12月5日 (土) 14:00~15:00	①かかりつけ医の倫理
11月8日 (日) 10:00~11:00	12月5日 (土) 15:00~16:00	②かかりつけ医に必要な小児・思春期への対応
11月8日 (日) 11:00~12:00	12月5日 (土) 16:00~17:00	③在宅医療、多職種連携
11月15日 (日) 9:00~10:00	12月12日 (土) 14:00~15:00	④かかりつけ医に必要なリーダーシップ、マネジメント、 コミュニケーションスキル
11月15日 (日) 10:00~11:00	12月12日 (土) 15:00~16:00	⑤認知症、ポリファーマシーと適正処方
11月15日 (日) 11:00~12:00	12月12日 (土) 16:00~17:00	⑥在宅リハビリテーション症例

[参加申込方法]：

※Web受講、会場受講共に、事前申込がない方は受講できません。

【Web受講】

原則Web講習での受講をお願いいたします。

本研修会は、Web 会議システム「zoom」を用いて開催いたします。PC またはモバイル端末をご準備いただき、インターネット環境にてご視聴ください。

Web 受講を希望される場合は、【別紙 1-1】を用いて貴会会員にご案内いただき、【別紙 1-2】に受講希望者をお取り纏めの上、10 月 30 日（金）までに本会総務課宛メール（fpma-somu@fukuoka.med.or.jp）にてご回報ください。研修会当日は、参加者ご自身で【別紙 2】の参加方法をご参照いただき、ご受講いただきますようお願い申し上げます。

開催の 1 週間前を目途にWeb 受講に申込の方には、直接【別紙 2】Web 講習会参加方法の資料を送付させていただきます。

※申込以降のキャンセルの連絡は不要です。

【会場受講】

インターネット回線がご利用できない受講者につきましては、Web 講習と同日程で福岡県医師会館（5 階研修室 2 大ホール）でも受講いただけます。

会場受講を希望される場合は、【別紙 1-1】を用いて貴会会員にご案内いただき、【別紙 1-2】に受講希望者をお取り纏めの上、10 月 30 日（金）までに本会総務課宛メール（fpma-somu@fukuoka.med.or.jp）にてご回報ください。

申込み後の受講票の事前送付はございませんので、参加者は研修会当日に会場へ直接お越しください。※医師資格証をお持ちの方は当日必ずご持参ください。

※申込以降、キャンセルされる場合はご連絡ください。

[テキスト]：

本会HP（<https://www.fukuoka.med.or.jp/>）の「医師の皆様→会員の皆様はこちら→会員の皆様→日医かかりつけ医機能研修制度→令和 2 年度応用研修会」よりテキストを各自ダウンロードいただきますようお願いいたします。

会場受講でテキストのご購入をご希望の場合は 1,500 円で当日販売いたします。

[Web 講習時の留意事項]：

自宅等で受講者の操作する端末により受講いただくため、下記の点にご留意ください。

△会場で受講する場合と同様に講義に集中すること。

△講義中の画像等の無断流用など著作権・肖像権を侵害する行為をしないこと。

〔受講確認〕：

【Web受講】

出欠確認については、Webシステムのログにより入退時刻を確認することに加え、受講者が別添「Web講習会受講確認アンケート※」を回答することをもって出欠確認を行います。受講後にWeb講習会の画面にアンケート回答ページのURLを表示いたしますので各自アクセスいただき、受講された講義を選択し、当該講義の要旨を簡単に記入し送信してください。アンケート送信後、自動返信メールが届きます。本メールを送信の証明といたしますので保管してください。また、アンケート用紙はメールまたはFAXでもご提出いただけます。

遅刻・早退・途中欠席（中抜け）および「Web研修会受講確認アンケート」のご回答が確認できない場合は受講が認められませんので予めご了承ください。

※「Web講習会受講確認アンケート」の回答ページまた回答用紙は、「本会HP→医師の皆様→会員の皆様はこちら→会員の皆様→日医かかりつけ医機能研修制度→令和2年度応用研修会」に後日掲載いたします。

【会場受講】

当日事務局により受付にて入退時刻を確認させていただきます。

遅刻・早退・途中欠席（中抜け）された場合は受講が認められませんので予めご了承ください。

〔取得可能単位〕：

- ①日医かかりつけ医機能研修制度応用研修1～6（6単位）
- ②日医生涯教育講座（6単位・CC2, 4, 10, 15, 29, 72, 80）

※①②は受講された講義の単位が認められます。

※「専門医共通講習－①医療倫理（必修）（1単位）」については、講義「①かかりつけ医の倫理」の会場受講の場合にのみ単位付与され、Web受講の場合は単位付与されませんのでご注意ください。

※地域包括診療加算・地域包括診療料に係る届出時の研修要件（CC29：認知能の障害（1単位））は、Web受講の場合、含まれませんのでご注意ください。

〔受講証明書〕：

事前に参加申込をされ、当日入退時刻等をもって受講が確認できた受講者には、後日事務局より受講証明書を送付いたします。（日医生涯教育講座の単位については、参加証を配布せず、全国医師会研修管理システムに受講実績を登録いたします。）

日医かかりつけ医機能研修制度令和 2 年度応用研修会
申込用紙

受講希望日の「WEB・会場」いずれかに○をつけ、下記にご記入ください。
※申込みは地元医師会へお願いいたします。

■日医かかりつけ医機能研修制度令和 2 年度第 1 回応用研修会

受講希望日の WEB・会場 いずれかに○	日 程
Web ・ 会場	【1 日目】 令和 2 年 11 月 8 日（日） 9：00～12：00（講義項目は①②③）
Web ・ 会場	【2 日目】 令和 2 年 11 月 15 日（日） 9：00～12：00（講義項目は④⑤⑥）

■日医かかりつけ医機能研修制度令和 2 年度第 2 回応用研修会

受講希望日の WEB・会場 いずれかに○	日 程
Web ・ 会場	【1 日目】 令和 2 年 12 月 5 日（土） 14：00～17：00（講義項目は①②③）
Web ・ 会場	【2 日目】 令和 2 年 12 月 12 日（土） 14：00～17：00（講義項目は④⑤⑥）

医籍登録番号	
受講者氏名	
受講者フリガナ	
生年月日 （西暦）	年 月 日
郡市医師会名	
所属医療機関名	

受講予定者名簿

日医かかりつけ医機能研修制度 令和2年度応用研修会

名称	受講希望日								医籍登録番号 (半角数字)	受講者氏名 (全角)	受講者フリガナ (全角カナ)	生年月日 (YYYY/MM/DD)	性別 (半角数字)	郡市医師会名	所属医療機関名	所属医療機関 郵便番号	所属医療機関住所	所属医療機関 電話番号
備考	受講希望日に○を記入								6桁	姓と名の間には全角スペースを1つ入れて下さい。	カナ姓とカナ名の間には全角スペースを1つ入れて下さい。	西暦を用いて10桁で入力して下さい。	1:男性 2:女性					
例	11月8日 第1回 (1日目)		11月15日 第1回 (2日目)		12月5日 第2回 (1日目)		12月12日 第2回 (2日目)		123456	県医 太郎	ケンイ タロウ	1980/01/01	1	〇〇医師会	〇〇病院	812-8551	福岡市博多区博多駅南2-9-30	092-431-4564
	WEB	会場	WEB	会場	WEB	会場	WEB	会場										
	○			○	○		○											
1																		
2																		
3																		
4																		
5																		
6																		
7																		
8																		
9																		
10																		

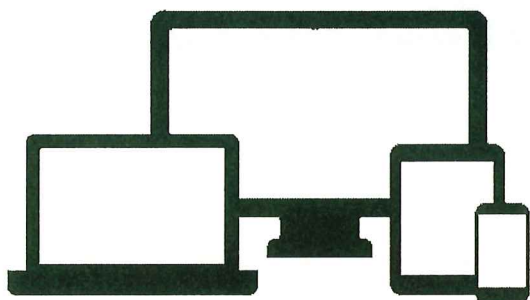
※全国医師会研修管理システム上で受講管理を行うため、必ず規定の形式のままご入力ください。

日医かかりつけ医機能研修制度令和2年度応用研修会 Web講習会参加者の方（事前準備）

本研修会は、WEB会議システム「zoom」を使用します。
インターネット経由で配信しますので、事前に以下の準備をお願いします。

①パソコン・モバイル端末

※WiFi環境でも視聴できますが、
有線回線を推奨します。



②zoomアプリ

※アプリがなくても視聴できますが、
アプリの取得を推奨します。

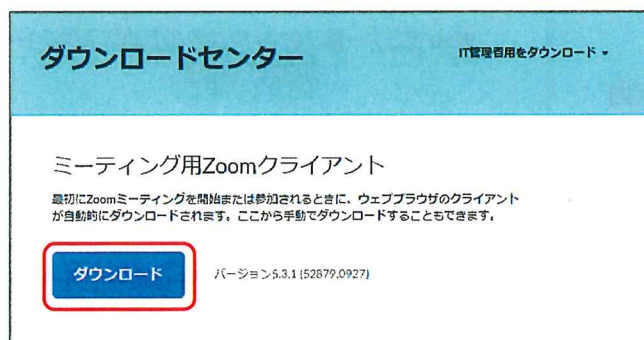


③医籍登録番号の確認とメールアドレスの準備

当日使用しますので、6桁の医籍登録番号の確認とメールアドレスの準備
をお願いします。

Zoomアプリのダウンロード方法

ダウンロードページ（<https://zoom.us/download>）から「ミーティング用
Zoomクライアント」を選択して、ダウンロードする。



モバイル端末をご利用の方は、
アプリから「zoom」を検索して、
ダウンロードしてください。

事前準備は以上です。「事前確認方法」は裏面をご確認ください

日医かかりつけ医機能研修制度令和2年度応用研修会 Web講習会参加者の方（事前確認方法）

①zoomを起動し、「ミーティングに参加」するを選択する。



②「ミーティングID」に参加する研修会の11桁の数字、
「名前」に単位を申請するご本人の6桁の医籍登録番号と氏名入力してください。

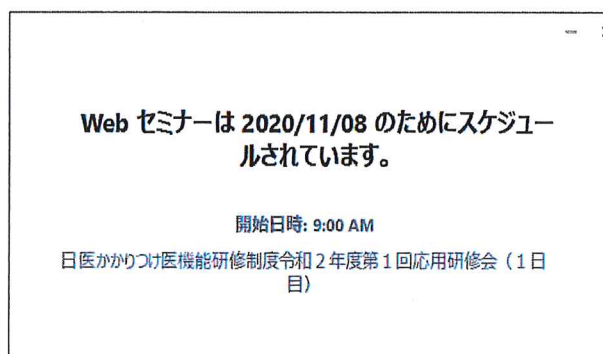
【入力例】 123 4567 8912

【入力例】 123456福岡太郎

医籍登録番号+氏名

③電子メールアドレスと名前(6桁の医籍登録番号と氏名)を入力して、webセミナーに参加してください。

④以下の画面が表示されれば、準備完了です。当日も同様の方法で参加してください。



研修会当日は、別紙「当日の流れ」をご確認ください。

日医かかりつけ医機能研修制度令和2年度応用研修会 当日の流れ（アプリをダウンロードしている方）

①開始前にzoomを起動し、「ミーティングに参加」するを選択する。



②「ミーティングID」に参加する研修会の11桁の数字、
「名前」に単位を申請するご本人の6桁の医籍登録番号と氏名入力してください。

ミーティングに参加する

ミーティングIDまたは個人リンク名を入力

名前を入力してください

☒ 将来のミーティングのためにこの名前を記憶する

☒ オーディオに接続しない

☒ 自分のビデオをオフにする

参加 キャンセル

【入力例】 123 4567 8912

【入力例】 123456福岡太郎

医籍登録番号+氏名

三項目
チェックする。

③電子メールアドレスと名前（6桁の医籍登録番号と氏名）を入力して、webセミナーに参加してください。

接続しています...

電子メールアドレスと名前を入力してください

メール

名前

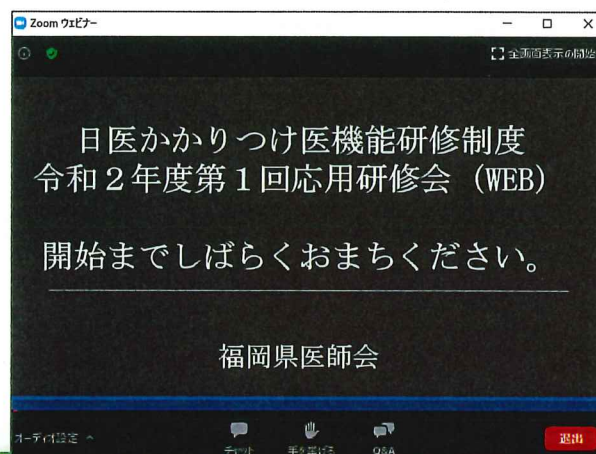
☒ 将来のミーティングのためにこの名前を記憶する

Web セミナーに参加 キャンセル

参加者のメールアドレス

医籍登録番号+氏名

④開始までしばらくお待ちください。



研修会終了後の単位申請については、裏面「Web講習会終了後の単位申請手続」をご確認ください。

Web講習会終了後の単位申請手続

本研修会をWEBで受講した先生の受講確認は、**ログによる入退時刻**及び、**「web講習会受講確認アンケート」**のご提出をもって行います。
終了後必ず確認アンケートをご提出くださいますようお願いいたします。
提出方法は下記2種類あります。

①WEBで提出する。

回答フォームより受講された講義の確認と当該講義の要旨を入力してください。
＜本URL確認方法＞

- (1) 研修会中、画面下部チャットにURLを掲載いたします。
- (2) 福岡県医師会ホームページ（会員専用ページ／日医かかりつけ医機能研修制度）にURLを掲載いたします。 ※(1)(2)のどちらかでご確認ください。

＜チャット＞



＜回答フォーム＞

日医かかりつけ医機能研修制度令和2年度第1回応用研修会（1日目）Web講習会受講確認アンケート

開催日時：令和2年11月8日（日）9：00～12：00

本日は標記Web講習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、事務局へ送信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。

*必須

1. 受講者情報*

1) 氏名（漢字） ※「姓」と「名」の間は「スペース（1文字）」で区切ってください。

（※アンケート送信後、自動返信メールが届きますので、送信の証明として保管してください。）

②FAXまたはE-mailで提出する。

福岡県医師会ホームページより「web講習会受講確認アンケート」をダウンロードし、必要事項をご記入後、用紙をFAX送信またはe-mailに添付して回答してください。

「日医かかりつけ医機能研修制度 令和2年度第1回応用研修会（1日目）」
Web講習会受講確認アンケート

開催日時：令和2年11月8日（日）9：00～12：00

本日は標記Web講習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①～③のいずれかの方法で事務局へご回答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。

①本用紙に記入し、メール（fpma-somu@fukuoka.med.or.jp）にて回答
②本用紙に記入し、FAX（092-411-6858）にて回答
③QRコードよりサイトにアクセスしWebにて回答

1. 受講者情報

1) 氏名：（漢字）（カナ）

2) 生年月日（西暦）： 19 年 月 日

3) 所属医師会：

2. 受講講義の確認

1) 受講された講義に○印を付けてください。

講義番号	講義名	○印
①	かかりつけ医の監理	

Web講習会受講確認アンケートQRコード

＜提出先＞

福岡県医師会総務課

FAX 092-411-6858

E-MAIL fpma-somu@fukuoka.med.or.jp

＜提出〆切＞

第1回（1日目）令和2年11月15日まで

第1回（2日目）令和2年11月22日まで

第2回（1日目）令和2年12月12日まで

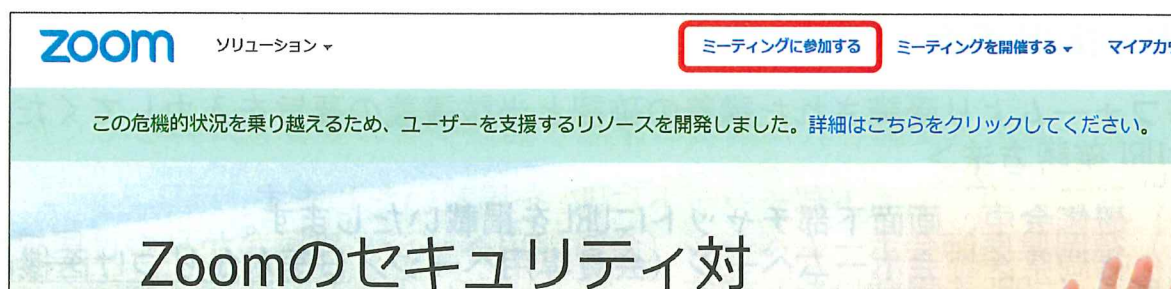
第2回（2日目）令和2年12月19日まで

入退時刻及びWeb講習会受講確認アンケートの提出を確認後、
受講証明書をお送りいたします。

日医かかりつけ医機能研修制度令和2年度応用研修会

当日の流れ（アプリがない方）

①開始前にインターネットブラウザを起動し、「<https://zoom.us/>」にアクセスする。画面右上「ミーティングに参加」を選択する。



②「ミーティングID」に参加する研修会の11桁の数字を入力してください。

A screenshot of the 'Join a Meeting' form on the Zoom website. The form has a title 'ミーティングに参加する' (Join a Meeting). Below the title is a text input field for the 'Meeting ID or Personal Link Name' (ミーティングIDまたはパーソナルリンク名). A red arrow points to this field with the text '11桁のミーティングID' (11-digit Meeting ID). Below the input field is a blue button labeled '参加' (Join), which is highlighted with a red box.

③「ブラウザから起動」をクリックしてください。

A screenshot of the 'Join a Meeting' form on the Zoom website. The form has a title 'ミーティングに参加する' (Join a Meeting). Below the title is a text input field for the 'Meeting ID or Personal Link Name' (ミーティングIDまたはパーソナルリンク名). Below the input field is a blue button labeled '参加' (Join), which is highlighted with a red box. Below the button is a section titled 'システムダイアログが表示したら、Zoom Meetingsを開くをクリックしてくださいを実行してください。' (When the system dialog is displayed, click 'Open Zoom Meetings' and execute it). Below this text is a section titled 'Zoomクライアントをインストールしている場合、ミーティングを起動か、Zoomをダウンロードして実行してください。' (If you have the Zoom client installed, start the meeting or download Zoom and execute it). Below this text is a blue button labeled 'ブラウザから起動' (Join from your browser), which is highlighted with a red box.

④お名前（6桁の医籍登録番号と氏名）を入力して、ロボットではありませんにチェックをいれて参加してください。

A screenshot of the 'Join a Meeting' form on the Zoom website. The form has a title 'ミーティングに参加' (Join a Meeting). Below the title is a text input field for the 'Name' (お名前). A red arrow points to this field with the text '医籍登録番号+氏名' (Medical registration number + Name). Below the input field is a section titled '私はロボットではありません' (I am not a robot), which includes a checkbox and a reCAPTCHA logo. Below this section is a blue button labeled '参加' (Join), which is highlighted with a red box.

⑤電子メールアドレスを入力し、参加をクリックすると、開始されます。

A screenshot of the 'Join a Meeting' form on the Zoom website. The form has a title 'ミーティングに参加' (Join a Meeting). Below the title is a text input field for the 'Email Address' (メールアドレス). A red arrow points to this field with the text '参加者のメールアドレス' (Participant's email address). Below the input field is a blue button labeled '参加' (Join), which is highlighted with a red box.

研修会終了後の単位申請については、裏面「Web講習会終了後の単位申請手続」をご確認ください。

Web講習会終了後の単位申請手続

本研修会をWEBで受講した先生の受講確認は、**ログによる入退時刻**及び、**「web講習会受講確認アンケート」**のご提出をもって行います。
終了後必ず確認アンケートをご提出くださいますようお願いいたします。
提出方法は下記2種類あります。

①WEBで提出する。

回答フォームより受講された講義の確認と当該講義の要旨を入力してください。

＜本URL確認方法＞

- (1) 研修会中、画面下部チャットにURLを掲載いたします。
- (2) 福岡県医師会ホームページ（会員専用ページ／日医かかりつけ医機能研修制度）にURLを掲載いたします。 ※(1)(2)のどちらかでご確認ください。

＜チャット＞



＜回答フォーム＞

日医かかりつけ医機能研修制度令和2年度第1回応用研修会（1日目）Web講習会受講確認アンケート

開催日時：令和2年11月8日（日）9：00～12：00

本日は標記Web講習会にご参加いただきありがとうございます。
下記の各項目に必要事項をご記入いただき、事務局へ送信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。

*必須

1. 受講者情報*

1) 氏名（漢字） ※「姓」と「名」の間は「スペース（1文字）」で区切ってください。

（※アンケート送信後、自動返信メールが届きますので、送信の証明として保管してください。）

②FAXまたはE-mailで提出する。

福岡県医師会ホームページより「web講習会受講確認アンケート」をダウンロードし、必要事項をご記入後、用紙をFAX送信またはe-mailに添付して回答してください。

「日医かかりつけ医機能研修制度 令和2年度第1回応用研修会（1日目）」
Web講習会受講確認アンケート

開催日時：令和2年11月8日（日）9：00～12：00

本日は標記Web講習会にご参加いただきありがとうございます。
下記の各項目に必要事項をご記入いただき、本用紙を①～③のいずれかの方法で事務局へご回答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。

①本用紙に記入し、メール（fpma-somu@fukuoka.med.or.jp）にて回答
②本用紙に記入し、FAX（092-411-6858）にて回答
③QRコードよりサイトにアクセスしWebにて回答

1. 受講者情報

1) 氏名：（漢字） _____ （カナ） _____

2) 生年月日（西暦）： 19 ____ 年 ____ 月 ____ 日

3) 所属医師会： _____

2. 受講講義の確認

1) 受講された講義に○印を付けてください。

講義番号	講義名	○印
①	かかりつけ医の倫理	

Web講習会受講確認アンケートQRコード

＜提出先＞

福岡県医師会総務課

FAX 092-411-6858

E-MAIL fpma-somu@fukuoka.med.or.jp

＜提出〆切＞

第1回（1日目）令和2年11月15日まで

第1回（2日目）令和2年11月22日まで

第2回（1日目）令和2年12月12日まで

第2回（2日目）令和2年12月19日まで

入退時刻及びWeb講習会受講確認アンケートの提出を確認後、
受講証明書をお送りいたします。

「日医かかりつけ医機能研修制度 令和2年度第1回応用研修会（1日目）」

Web 講習会受講確認アンケート

開催日時：令和2年11月8日（日）9：00～12：00

本日は標記 Web 講習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な事項をご記入いただき、本用紙を①～③のいずれかの方法で事務局へご回答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。

①本用紙に記入し、メール（fpma-somu@fukuoka.med.or.jp）にて回答

②本用紙に記入し、FAX（092-411-6858）にて回答

③QR コードよりサイトにアクセスし Web にて回答



Web 講習会受講確認
アンケート QR コード

1. 受講者情報

1) 氏名：(漢字) _____ (カナ) _____

2) 生年月日（西暦）： 19 ____ 年 ____ 月 ____ 日

3) 所属医師会： _____

2. 受講講義の確認

1) 受講された講義に○印を付けてください。

講義 番号	講義名	○印
①	かかりつけ医の倫理	
②	かかりつけ医に必要な小児・思春期への対応	
③	在宅医療、多職種連携	

2) 受講された当該講義の記入欄に要旨を簡単にご記入ください。

講義：①かかりつけ医の倫理

要旨：

講義：②かかりつけ医に必要な小児・思春期への対応

要旨：

講義番号：③在宅医療、多職種連携

要旨：

「日医かかりつけ医機能研修制度 令和2年度第1回応用研修会（2日目）」

Web 講習会受講確認アンケート

開催日時：令和2年11月15日（日）9：00～12：00

本日は標記 Web 講習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な事項をご記入いただき、本用紙を①～③のいずれかの方法で事務局へご回答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。

①本用紙に記入し、メール（fpma-somu@fukuoka.med.or.jp）にて回答

②本用紙に記入し、FAX（092-411-6858）にて回答

③QR コードよりサイトにアクセスし Web にて回答



Web 講習会受講確認
アンケート QR コード

1. 受講者情報

1) 氏名：(漢字) _____ (カナ) _____

2) 生年月日（西暦）： 19 ____ 年 ____ 月 ____ 日

3) 所属医師会： _____

2. 受講講義の確認

1) 受講された講義に○印を付けてください。

講義 番号	講義名	○印
④	かかりつけ医に必要なリーダーシップ、マネジメント、コミュニケーションスキル	
⑤	認知症、ポリファーマシーと適正処方	
⑥	在宅リハビリテーション症例	

2) 受講された当該講義の記入欄に要旨を簡単にご記入ください。

講義：④かかりつけ医に必要なリーダーシップ、マネジメント、コミュニケーションスキル

要旨：

講義：⑤認知症、ポリファーマシーと適正処方

要旨：

講義：⑥在宅リハビリテーション症例

要旨：

「日医かかりつけ医機能研修制度 令和2年度第2回応用研修会（1日目）」

Web 講習会受講確認アンケート

開催日時：令和2年12月5日（土）14：00～17：00

本日は標記 Web 講習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な事項をご記入いただき、本用紙を①～③のいずれかの方法で事務局へご回答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。

①本用紙に記入し、メール（fpma-somu@fukuoka.med.or.jp）にて回答

②本用紙に記入し、FAX（092-411-6858）にて回答

③QR コードよりサイトにアクセスし Web にて回答



Web 講習会受講確認
アンケート QR コード

1. 受講者情報

1) 氏名：(漢字) _____ (カナ) _____

2) 生年月日（西暦）： 19 ____ 年 ____ 月 ____ 日

3) 所属医師会： _____

2. 受講講義の確認

1) 受講された講義に○印を付けてください。

講義 番号	講義名	○印
①	かかりつけ医の倫理	
②	かかりつけ医に必要な小児・思春期への対応	
③	在宅医療、多職種連携	

2) 受講された当該講義の記入欄に要旨を簡単にご記入ください。

講義：①かかりつけ医の倫理

要旨：

講義：②かかりつけ医に必要な小児・思春期への対応

要旨：

講義：③在宅医療、多職種連携

要旨：

「日医かかりつけ医機能研修制度 令和2年度第2回応用研修会（2日目）」

Web 講習会受講確認アンケート

開催日時：令和2年12月12日（土）14：00～17：00

本日は標記 Web 講習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な事項をご記入いただき、本用紙を①～③のいずれかの方法で事務局へご回答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。

①本用紙に記入し、メール（fpma-somu@fukuoka.med.or.jp）にて回答

②本用紙に記入し、FAX（092-411-6858）にて回答

③QR コードよりサイトにアクセスし Web にて回答



Web 講習会受講確認
アンケート QR コード

1. 受講者情報

1) 氏名：(漢字) _____ (カナ) _____

2) 生年月日（西暦）： 19 ____ 年 ____ 月 ____ 日

3) 所属医師会： _____

2. 受講講義の確認

1) 受講された講義に○印を付けてください。

講義 番号	講義名	○印
④	かかりつけ医に必要なリーダーシップ、マネジメント、コミュニケーションスキル	
⑤	認知症、ポリファーマシーと適正処方	
⑥	在宅リハビリテーション症例	

2) 受講された当該講義の記入欄に要旨を簡単にご記入ください。

講義：④かかりつけ医に必要なリーダーシップ、マネジメント、コミュニケーションスキル

要旨：

講義：⑤認知症、ポリファーマシーと適正処方

要旨：

講義：⑥在宅リハビリテーション症例

要旨：
