



福岡医発第 3289 号 (地)

令和 5 年 3 月 6 日

各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会
会 長 蓮 澤 浩 明
(公 印 省 略)

令和 5 年度新規個別指導保険指導医の推薦について (お願い)

診療所の新規個別指導につきましては、平成 23 年度より実施方法を改め、
会員・非会員の区分なく通常の個別指導と同時間帯に福岡県メディカルセンタ
ービル等において実施されております。

今般、新規個別指導に関し、九州厚生局より令和 5 年度における保険指導医
の推薦依頼がありました。

つきましては、貴会より保険指導医 1 名を 3 月 24 日 (金) までに、ご推薦
いただきますようお願い申し上げます。

なお、

- 1) 会長・副会長は保険指導医ができませんので、ご了承願います。
- 2) 年度途中の保険指導医辞退はできませんので、ご了承願います。(役員改選等のある医師会はご注意願います。)
- 3) 新任の先生につきましては、医師免許証の写し、履歴書並びに振込依頼書のご提出をお願いいたします。(履歴書には、医師会の役職は記入されないようお願いいたします。)
- 4) 保険指導医が本年度と変更ない場合は上記書類は必要ありませんので、推薦書のみご提出をお願いいたします。
- 5) 令和 5 年度の診療所の個別指導 (新規含む) 等につきましては、令和 4 年度と同形式で実施される旨、スケジュール等併せて追ってご連絡いたします。

記

※委嘱期間 令和 5 年 5 月 1 日～令和 6 年 3 月 31 日 (1 年間)

以上

推 薦 書

(ふりがな) 氏 名	生 年 月 日	備 考 (審査委員等)

上記の者を令和5年度の保険指導医として、推薦いたします。

令和 年 月 日

福岡県医師会長

履歷書

令和 5 年 月 日現在

[illegible]

振 込 依 頼 書

令和 年 月 日

官署支出官
九州厚生局長 殿

依頼人

郵便番号

住 所

氏 名 ㊞

私に対する旅費等の支払いについて、下記口座へ振り込み願います。

記

振込先金融機関	銀 行 信用金庫	支 店 出張所
預貯金種別	普通 ・ 当座 ・ 通知 ・ 別段	
口座番号		
口座名義	フリガナ	
備 考		