

所属または最寄りの郡市区医師会
へ2024年3月1日から4月30日まで
にご提出下さい。

2023年度

整理番号

生涯教育申告書 <日医会員・非会員兼用>

都道府県医師会名

郡市区医師会名

都道府県

医師会

1. 氏名

(フリガナ)

(姓)

(名)

楷書ではっきりと記入し、
フリガナをつけて下さい。

2. 日本医師会の会員

(どちらかに○)

1. 会員である。

2. 会員であるが会員ID
がわからない。または、
会員ではない。

会員IDがわかる場合

日本医師会雑誌送付時の宛名ラベルに記載されている1か0で始まる10桁の会員IDおよび医籍登録番号をご記入下さい。日医会員情報を参照します。

日医会員ID

1または0

医籍登録番号

(右詰めで記入してください)

第

号

3. ~6. をすべて記入して下さい (必須)。 ※記入がない方の申請はお受けできません。

3. 生年月日

西暦

年 月 日生

4. 性別 (どちらかに○)

1. 男

2. 女

5. 医籍登録番号 (右詰めで記入してください。)

第

号

6. 連絡先

〒

都道府県

☎

生涯教育制度単位等記入表

※以下の単位欄とカリキュラムコード（CC）欄の両方にご記入ください。

単位

講習会・学会等
単位

(単位上限なし)

医師国試問題作成
単位

(5単位まで)

研修等指導
単位

(5単位まで)

体験学習
単位

(単位上限なし)

論文等執筆
単位

(5単位まで)

合計学習単位数

単位

(単位数の合計を記入)

カリキュラムコード (CC)

取得したカリキュラムコード番号欄に○を1つ記入

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
41	42	43	44	45	46	47	48	49	50
51	52	53	54	55	56	57	58	59	60
61	62	63	64	65	66	67	68	69	70
71	72	73	74	75	76	77	78	79	80
81	82	83	0						

取得カリキュラムコード数

(○の数を記入)