（様式第３号）

※受付年月日　　年　　月　　日

　　※受付番号（認定施設）　　　号

※受付番号（認定医）　　　　号

　　　※受付番号（認定専門職）　　号

（認定者）（公社）全国国民健康保険診療施設協議会長

　 （公社）全国自治体病院協議会長　　　　　　殿

地域包括医療･ケア認定更新申請書

地域包括医療・ケア認定施設、地域包括医療・ケア認定医、地域包括ケア認定専門職の認定の更新の審査を受けたいので、申請いたします。

１　地域包括医療･ケア認定施設　　　認定番号

所在地　　　　　　　　都道府県　　　　市町村

施設の名称

電話・ＦＡＸ

メールアドレス

病院長・診療所長　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

２　地域包括医療･ケア認定医　　　　認定番号

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

医師・歯科医師

免許取得年月日・番号

生年月日　昭和　　年　　月　　日

３　地域包括ケア認定専門職　　　　　認定番号

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

職種

生年月日　昭和　　年　　月　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 認定更新審査料領収書貼付欄  　振込み済みの領収書を添付してください  　　　　　　（コピー可） | ＊事　務　局　使　用　欄 | |
| 受理年月日 |  |
| 受付番号 |  |
| 認定番号 |  |

※１　認定施設の認定の更新の審査を申請する場合は、「１　地域包括医療･ケア認定施設」の欄のみに記入押印し、別添１の１又は別添１の２及び別添１の３を添付すること。

※２　認定医の認定の更新の審査を申請する場合は、「１　地域包括医療･ケア認定施設」及び「２　地域包括医療･ケア認定医」の欄に記入押印し、別添２を添付すること。

※３　認定専門職の認定の更新の審査を申請する場合は、「１　地域包括医療･ケア認定施設」及び「３　地域包括ケア認定専門職」の欄に記入押印し、別添３を添付すること。

※４　申請施設、申請医師、申請歯科医師、申請コ・メディカル職種職員のそれぞれ１件ごとに１葉とすること。

別添２

地域包括医療・ケア実践申立書（認定医）

　施設名　所在地

　　　　　名称

　申請者　　医師・歯科医師　　　氏名

　免許　取得年月日　　　　　　　　　　　　番号

　専門医　名称　　　　　　　　　　　　　　取得年月日

経歴

　勤務施設　　　　役職・職種　　　　　　　　　　期間　　　　　　年数

＊地域包括医療・ケアに関わった年数　　合計　　　年

地域包括医療・ケアの取組み（申請者が関わり過去５年間に取り組んだ地域包括医療・ケアに関する事例、研究、論文、学会発表などのうち一つを選び800～1200字にまとめて記載して下さい）

今後の方向性・抱負（今後、目指す方向性についてのお考えを400字以内で自由にお書き下さい）