日医かかりつけ医機能研修制度
修了者の情報公開に関する同意書

日医かかりつけ医機能研修制度修了者の公表に

同意します　・　同意しません

（該当する方を〇で囲んでください）

氏　　名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医療機関名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※日本医師会では本制度を「地域における面によるかかりつけ医機能」の素養になるものと捉え、地域住民が本制度を修了した医師を閲覧できる環境の構築を推進しております。
情報公開に同意いただいた場合、修了者の氏名，所属医療機関名，修了年月日を本会ホームページに公表させていただきます。