教育関連単位申請書（専門医・認定医更新審査用）

作成日 20 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　　名 |  | 会員番号 |  | 認定番号 |  |

（１）後期研修プログラムの研修プログラム責任者及び家庭医療専門研修あるいは総合診療専門修Ⅰ・Ⅱの施設の教育責任者が専攻医を受け入れた年度に対して3単位/年

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 年度 | 専攻医の受入人数 | 単位数 |
|  | 人 |  |
|  | 人 |  |
|  | 人 |  |
|  | 人 |  |
|  | 人 |  |
| **（1）の該当取得単位合計（A）** | |  |

（２）大学及び都道府県の計画した教育プログラムの医学生の受け入れ責任者が医学生を受け入れた年度に対して3単位/年

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 年度 | 医学生の受け入れ人数 | 単位数 |
|  | 人 |  |
|  | 人 |  |
|  | 人 |  |
|  | 人 |  |
|  | 人 |  |
| **（2）の該当取得単位合計（B）** | |  |

（３）初期研修の地域医療研修の研修医受け入れ責任者が研修医を受け入れた年度に対して3単位/年

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 年度 | 研修医の受け入れ人数 | 単位数 |
|  | 人 |  |
|  | 人 |  |
|  | 人 |  |
|  | 人 |  |
|  | 人 |  |
| **（3）の該当取得単位合計（C）** | |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 教育関連単位申告数合計  （A＋B＋C） |  |

申告期間中に、申請者が上記の通りプライマリ・ケア教育に関する活動に従事したことを証明します。

施設名・役職

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印