一般社団法人日本プライマリ･ケア連合学会認定

**家庭医療専門研修プログラム 研修開始届出書（単独用）**

２０　　年　 月　 日

一般社団法人日本プライマリ･ケア連合学会

理　事　長 　殿

以下に記載した者が学会認定家庭医療専門研修プログラムで研修を開始しましたので、届けます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １．プログラム名称　※必ず正式な名称を記載して下さい | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | 認定番号 | | 第 - 号 |
| ２．プログラム責任者 | | | | | | | | | | | | |
| 氏　名 | | |  | | 所属・役職 | | |  | | | | |
| 住　所 | | | 〒 | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | | 電話　　　　　　　　　E-mail | | | | | | | | | |
| 連絡担当者氏名※ | | |  | | 役職 | |  | | | | ※プログラム責任者と別に連絡  担当者がいる場合のみ記載 | |
| 連絡担当者連絡先 | | | 電話　　　　　　　　　E-mail | | | | | | | | | |
| ３．専門研修開始者 | | | | | | | | | | | | |
| １ | 氏　名 |  | | 会員番号 | |  | | 専攻医メーリングリストに登録するメールアドレス | | | | |
|  | | | | |
| 初期臨床研修 | 臨床研修施設名 | |  | | | | | | | | |
| 臨床研修開始年度 | | 20 年度 | | | 臨床研修修了日 | | 20 年 月 日 | | | |
| 総合診療専門研修 | プログラム名称 | |  | | | | | | | | |
| 専門研修開始年度 | | 20 年度 | | | 専門研修修了日 | | 20 年 月 日 | | | |
| 総合診療専門医 | | （当てはまる方を■に）　□ 取得（20 年度）　　□ 未取得 | | | | | | | | |
| 緩和ケア研修会 | | | □ e-learning研修と集合研修を修了済み  □ e-learning研修のみ修了済み　　□ 未修了 | | | | | | | | |
| 家庭医療専門研修開始日 | | | 20 年 月 日 | | | | | | | | |
| 家庭医療専門研修修了予定日 | | | 20 年 月 日 | | | | | | | | |
| 家庭医療専門研修予定内容 | 家庭医療専門研修 I  ※12カ月連続研修をする施設に★を付けること  ※6カ月以上のブロック研修に連続して週1日の研修を行うことで12ヶ月連続研修とみなす場合は、ブロック研修に◎、週1日の研修に〇を付けること | | 研修施設1 | | |  | | | | | |
| 研修期間 | | | 20 年 月 日　～　20 年 月 日 | | | | | |
| 研修施設2 | | |  | | | | | |
| 研修期間 | | | 20 年 月 日　～　20 年 月 日 | | | | | |
| 研修施設3 | | |  | | | | | |
| 研修期間 | | | 20 年 月 日　～　20 年 月 日 | | | | | |
| 総合診療専門研修II  ※研修施設には診療科名も記載のこと | | 研修施設1 | | |  | | | | | |
| 研修期間 | | | 20 年 月 日　～　20 年 月 日 | | | | | |
| 研修施設2 | | |  | | | | | |
| 研修期間 | | | 20 年 月 日　～　20 年 月 日 | | | | | |
| その他1  ※目的例：精神科研修 等 | | 研修施設･目的 | | |  | | | | | |
| 研修期間 | | | 20 年 月 日　～　20 年 月 日 | | | | | |
| その他2 | | 研修施設･目的 | | |  | | | | | |
| 研修期間 | | | 20 年 月 日　～　20 年 月 日 | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ３．専門研修開始者（つづき） | | | | | | | |
| ２ | 氏　名 |  | 会員番号 |  | | 専攻医メーリングリストに登録するメールアドレス | |
|  | |
| 初期臨床研修 | 臨床研修施設名 |  | | | | |
| 臨床研修開始年度 | 20 年度 | | 臨床研修修了日 | | 年　　月　　日 |
| 総合診療専門研修 | プログラム名称 |  | | | | |
| 専門研修開始年度 | 20 年度 | | 専門研修修了日 | | 年　　月　　日 |
| 総合診療専門医 | （当てはまる方を■に）　□ 取得（20 年度）　　□ 未取得 | | | | |
| 緩和ケア研修会 | | □ e-learning研修と集合研修を修了済み  □ e-learning研修のみ修了済み　　□ 未修了 | | | | |
| 家庭医療専門研修開始日 | | 20 年 月 日 | | | | |
| 家庭医療専門研修修了予定日 | | 20 年 月 日 | | | | |
| 家庭医療専門研修予定内容 | 家庭医療専門研修 I  ※12カ月連続研修をする施設に★を付けること  ※6カ月以上のブロック研修に連続して週1日の研修を行うことで12ヶ月連続研修とみなす場合は、ブロック研修に◎、週1日の研修に〇を付けること | 研修施設1 | |  | | |
| 研修期間 | | 20 年 月 日　～　20 年 月 日 | | |
| 研修施設2 | |  | | |
| 研修期間 | | 20 年 月 日　～　20 年 月 日 | | |
| 研修施設3 | |  | | |
| 研修期間 | | 20 年 月 日　～　20 年 月 日 | | |
| 総合診療専門研修II  ※研修施設には診療科名も記載のこと | 研修施設1 | |  | | |
| 研修期間 | | 20 年 月 日　～　20 年 月 日 | | |
| 研修施設2 | |  | | |
| 研修期間 | | 20 年 月 日　～　20 年 月 日 | | |
| その他1  ※目的例：精神科研修 等 | 研修施設･目的 | |  | | |
| 研修期間 | | 20 年 月 日　～　20 年 月 日 | | |
| その他2 | 研修施設･目的 | |  | | |
| 研修期間 | | 20 年 月 日　～　20 年 月 日 | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ３．専門研修開始者（つづき） | | | | | | | |
| ３ | 氏　名 |  | 会員番号 |  | | 専攻医メーリングリストに登録するメールアドレス | |
|  | |
| 初期臨床研修 | 臨床研修施設名 |  | | | | |
| 臨床研修開始年度 | 20 年度 | | 臨床研修修了日 | | 年　　月　　日 |
| 総合診療専門研修 | プログラム名称 |  | | | | |
| 専門研修開始年度 | 20 年度 | | 専門研修修了日 | | 年　　月　　日 |
| 総合診療専門医 | （当てはまる方を■に）　□ 取得（20 年度）　　□ 未取得 | | | | |
| 緩和ケア研修会 | | □ e-learning研修と集合研修を修了済み  □ e-learning研修のみ修了済み　　□ 未修了 | | | | |
| 家庭医療専門研修開始日 | | 20 年 月 日 | | | | |
| 家庭医療専門研修修了予定日 | | 20 年 月 日 | | | | |
| 家庭医療専門研修予定内容 | 家庭医療専門研修 I  ※12カ月連続研修をする施設に★を付けること  ※6カ月以上のブロック研修に連続して週1日の研修を行うことで12ヶ月連続研修とみなす場合は、ブロック研修に◎、週1日の研修に〇を付けること | 研修施設1 | |  | | |
| 研修期間 | | 20 年 月 日　～　20 年 月 日 | | |
| 研修施設2 | |  | | |
| 研修期間 | | 20 年 月 日　～　20 年 月 日 | | |
| 研修施設3 | |  | | |
| 研修期間 | | 20 年 月 日　～　20 年 月 日 | | |
| 総合診療専門研修II  ※研修施設には診療科名も記載のこと | 研修施設1 | |  | | |
| 研修期間 | | 20 年 月 日　～　20 年 月 日 | | |
| 研修施設2 | |  | | |
| 研修期間 | | 20 年 月 日　～　20 年 月 日 | | |
| その他1  ※目的例：精神科研修 等 | 研修施設･目的 | |  | | |
| 研修期間 | | 20 年 月 日　～　20 年 月 日 | | |
| その他2 | 研修施設･目的 | |  | | |
| 研修期間 | | 20 年 月 日　～　20 年 月 日 | | |

専攻医数が3名を越える場合は、次ページ以降に表をコピーして記載下さい。