

|      |     |          |     |          |    |
|------|-----|----------|-----|----------|----|
| 受付番号 | 受付日 | 20 年 月 日 | 決定日 | 20 年 月 日 | 決定 |
|------|-----|----------|-----|----------|----|

一般社団法人日本プライマリ・ケア連合学会認定  
家庭医療後期研修プログラム 後期研修再開届出書

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

以下に記載した者の学会認定家庭医療後期研修プログラムでの研修を再開しますので、届けます。

プログラム責任者署名（自署）

|  |                            |  |  |
|--|----------------------------|--|--|
| 1. 専攻医   |                            |  |  |
| 氏 名  | 会員番号                       | 後期研修開始日  | 20 年 月 日   |
|  |                            | 後期研修中断日  | 20 年 月 日   |
| 2. 後期研修再開日   |                            |  |  |
| 20 年 月 日   |                            |  |  |
| 3. 後期研修を再開するプログラム  |                            |  |  |
| プログラム名称 ※必ず正式な名称を記載して下さい   |                            | Ver.1,2 の別   | 認定番号   |
|  |                            | <input type="checkbox"/> Ver.1 プログラム<br><input type="checkbox"/> Ver.2 プログラム | 第 - 号  |
| プログラム責任者   |                            |  |  |
| プログラム責任者氏名   |                            | 所属・役職  |  |
| 所在地・連絡先  | 住所 〒<br>電話<br>E-mail       | FAX  |  |
| 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ある場合のみ記載 |  |  |
| 連絡先  | 電話<br>E-mail               | FAX  |  |
| 4. 中断前の所属プログラム名称   |                            |  | Ver.1,2 の別   |
|  |                            |  | <input type="checkbox"/> Ver.1 プログラム<br><input type="checkbox"/> Ver.2 プログラム |
| 5. 中断前の後期研修歴（内容・研修施設・期間）   |                            |  |  |
| <p>後期研修の再開を希望する者が持っている、前研修プログラムでの研修履歴を記載した後期研修中断証に基づいて記載して下さい。これがない場合は、学会に届けられている中断届出書に記載の研修履歴を専攻医本人から学会担当係に問い合わせさせていただき、ご参照下さい。</p> <p>記載例<br/>         内科研修・〇〇病院内科・2014年4月1日～9月30日<br/>         総合診療専門研修Ⅱ・〇〇病院総合診療科・2014年10月1日～2015年3月31日<br/>         小児科研修・〇〇病院小児科・2015年4月1日～6月30日</p> |                            |  |  |

|      |     |          |     |          |    |
|------|-----|----------|-----|----------|----|
| 受付番号 | 受付日 | 20 年 月 日 | 決定日 | 20 年 月 日 | 決定 |
|------|-----|----------|-----|----------|----|

#### 6. 再開後の研修計画（内容・研修施設・期間）

後期研修プログラムを修了するには、中断前のプログラムでの研修歴を勘案の上、再開するプログラムの修了要件を満たす必要があります。中断から再開まで長い期間（概ね1年超え）が開いている場合で中断前の研修歴を履修済みとみなす場合は、中断中の臨床歴を書き添え、再開後の研修との連続性が大きく損なわれないと判断した理由を記載して下さい。

##### 記載例

中断前のプログラムでの研修は、・・・の理由で当プログラムのそれぞれの研修と同等とみなせる。従って当プログラムの中で未履修の下記の研修を計画する。

選択研修（整形外科）・△△病院整形外科・2016年4月1日～6月30日

選択研修（消化器内科）・△△病院消化器内科・2016年7月1日～9月30日

選択研修（精神科）・□□メンタルクリニック・2016年10月1日～12月31日

総合診療専門研修Ⅰ・○△□診療所・2017年1月1日～2018年3月31日

中断前のプログラムと中断後のプログラムは、同じバージョンでおこなうことが原則です。ただし専攻医の通勤圏内に同じバージョンの受け入れ可能なプログラムが存在しないなど、やむを得ない理由で異なるバージョンのプログラムで再開を希望するときは、審査の上これを認めることがあります。その際、中断前の研修歴の一部が中断後のプログラムの研修と同等とみなせる場合は、これを履修済みとして研修計画を立てることができます。異なるバージョンであることに留意したうえで同等と判断した理由を記載してください。

#### 7. 研修修了予定日

20 年 月 日