

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  
**家庭医療専門研修プログラム 研修開始届出書 (連動用)**

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。

<b>1. プログラム名称 ※必ず正式な名称を記載して下さい</b>			
家庭医療専門研修および認定番号：			第 - 号
総合診療専門研修：			
<b>2. プログラム責任者</b>			
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ある場合のみ記載	
連絡担当者連絡先	電話	E-mail	
<b>3. 総合診療専門研修プログラム統括責任者</b>			
家庭医療専門研修プログラムの責任者と同じですか <input type="checkbox"/> 同じ <input type="checkbox"/> 異なる ※異なる場合のみ、下欄に記入してください。			
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ある場合のみ記載	
連絡担当者連絡先	電話	E-mail	

次のページをご覧ください。

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

4. 専門研修開始者						
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	開始年度 ( ) 年度 ※西暦で記載	初期研修施設名	初期研修修了日 ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日	
総合診療専門研修開始日		( ) 年 ( ) 月 ( ) 日				
家庭医療専門研修(連動)開始日		( ) 年 ( ) 月 ( ) 日				
総合診療専門研修修了予定日		( ) 年 ( ) 月 ( ) 日				
家庭医療専門研修修了予定日		( ) 年 ( ) 月 ( ) 日				
総合診療専門研修 予定内容	総合診療専門研修 I	研修施設 1				
		研修期間	( ) 年 ( ) 月 ~ ( ) 年 ( ) 月			
		研修施設 2				
		研修期間	( ) 年 ( ) 月 ~ ( ) 年 ( ) 月			
		研修施設 3				
		研修期間	( ) 年 ( ) 月 ~ ( ) 年 ( ) 月			
	総合診療専門研修 II	研修場所 1	内科、小児科、救急以外で特に付加する研修があれば記載して下さい。			
		研修期間				
		研修場所 2				
		研修期間	( ) 年 ( ) 月 ~ ( ) 年 ( ) 月			
その他特記事項	研修場所・目的					
	研修期間	( ) 年 ( ) 月 ~ ( ) 年 ( ) 月				
家庭医療専門研修 予定内容	家庭医療専門研修 I ※12 カ月連続で研修する施設を研修施設 I として記載のこと。	研修施設 1				
		研修期間	( ) 年 ( ) 月 ~ ( ) 年 ( ) 月			
		研修施設 2				
		研修期間	総合診療専門研修と連動する期間も、連動しない家庭医療専門研修のみの期間も全て記載して下さい。(家庭医療専門研修 II の欄も同様)			
	家庭医療専門研修 II ※研修場所に研修施設、診療科を記載のこと	研修施設 3				
		研修期間	( ) 年 ( ) 月 ~ ( ) 年 ( ) 月			
		研修場所 1				
	その他 1 ※研修場所に研修施設、科、目的を記載のこと	研修期間	( ) 年 ( ) 月 ~ ( ) 年 ( ) 月			
		研修場所 2				
	その他 2 ※研修場所に研修施設、科、目的を記載のこと	研修期間	( ) 年 ( ) 月 ~ ( ) 年 ( ) 月			
研修場所・目的						

内科、小児科、救急以外で、家庭医療専門研修プログラムとして特に付加する研修があれば記載して下さい。