

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 (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ある場合のみ記載			
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	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) <input type="checkbox"/> 取得 (20 年度) <input type="checkbox"/> 未取得			
	家庭医療専門研修開始日		年 月 日			
	家庭医療専門研修修了予定日		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カ月連続して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			年 月 ~ 年 月			
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				
		研修期間	年 月 ~ 年 月			
その他 1 ※研修場所に研修施設、科、目的を記載のこと	研修場所・目的					
	研修期間	年 月 ~ 年 月				
その他 2 ※研修場所に研修施設、科、目的を記載のこと	研修場所・目的					
	研修期間	年 月 ~ 年 月				

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。