

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	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	開始年度 () 年度 ※西暦で記載 ※2018年以降に臨床研修を修了した者は総合診療専門医が見込であることの書面を提出のこと		プログラム名	専門研修修了日 () 年 () 月 () 日	
	家庭医療専門研修 予定内容	研修開始と修了予定日	() 年 () 月 () 日 ~ () 年 () 月 () 日			
		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1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		
			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				
	研修場所 2					
	研修期間	() 年 () 月 ~ () 年 () 月				
	その他 1 ※研修場所に研修施設、診療科、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、診療科、目的を記載のこと	研修場所・目的				
		研修期間	() 年 () 月 ~ () 年 () 月			

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。