

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 後期研修延長申請書

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

以下に記載した専攻医の研修期間の延長を希望しますので、お認め下さい。

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
2. 所属プログラム			
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	第 - 号
		<input type="checkbox"/> Ver.2 プログラム	
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 〒 電話 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 E-mail	FAX	
3. 延長期間			
当初の研修修了予定日	20 年 月 日	新しい研修修了予定日	20 年 月 日
4. 延長が必要な理由と延長する研修内容			
<div style="border: 2px solid red; border-radius: 20px; padding: 10px;"> <p style="margin: 0;"><u>記載例</u></p> <p style="margin: 5px 0 0 20px;">これまでの研修履歴</p> <p style="margin: 5px 0 0 20px;">20〇〇年 4月 1日～9月 30日 内科研修 <input type="checkbox"/>病院内科</p> <p style="margin: 5px 0 0 20px;">20〇〇年 10月 1日～20〇〇年 3月 31日 総合診療専門研修Ⅱ <input type="checkbox"/>病院総合診療科</p> <p style="margin: 5px 0 0 20px;">⋮</p> <p style="margin: 10px 0 0 20px;">当プログラムで修了要件の一つとしている〇〇〇〇の能力の獲得について、<input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/>の理由で不十分である。よって下記の追加研修を行った上で再度修了判定を行う計画とする。</p> <p style="margin: 10px 0 0 20px;">追加研修計画</p> <p style="margin: 5px 0 0 20px;">20〇〇年〇月〇日～〇月〇日（研修領域名）（研修施設名）</p> </div> <div style="margin-top: 10px;"> <div style="border: 1px solid red; border-radius: 10px; padding: 5px; display: inline-block; margin-right: 20px;">必ず記載して下さい。</div> <div style="border: 1px solid red; border-radius: 10px; padding: 5px; display: inline-block; margin-right: 20px;">専攻医側の事情・問題か、プログラム・指導医側の事情・問題かの区別がつくように記載して下さい。</div> <div style="border: 1px solid red; border-radius: 10px; padding: 5px; display: inline-block;">不足を補い修了するために必要な最小限の延長期間にして下さい。</div> </div>			