

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

2018/2019 年度に研修を開始した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の専攻医および一般社団法人日本専門医機構認定総合診療専門研修プログラムの  
**専攻医の移行措置申請書**

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

現在所属のプログラムでの  
研修を開始した日を記入

新制度の家庭医療専門研修  
を開始する日を記入

以下に記載した専攻医の学会認定家庭医療専門研修プログラムへの移行措置を申請します。

1. 移行措置を希望する専攻医				
氏名	会員番号	専攻医開始日	20 年 月 日	
専攻医メーリングリストに登録するメールアドレス				
2. 現在所属のプログラム				
種別	<input type="checkbox"/> 総合診療 <input type="checkbox"/> 家庭医療 v1.0 <input type="checkbox"/> 家庭医療 v2.0 ※いずれかを■にしてください			
研修開始日	20 年 月 日	修了予定日	20 年 月 日	
名称	※正式な名称を記載してください			
(統括)責任者氏名	移行後のプログラム(新制度の家庭医療専門研修プログラム)が事実上、2欄のプログラムと一体的に運営されていることが要件になります。両プログラムの基幹施設が異なる場合は、要件を満たすことの説明を記載して下さい。			役職
(統括)責任者住所				
(統括)責任者電話				
連絡担当者氏名*				役職
連絡担当者電話				
3. 移行後の家庭医療専門研修プログラム				
名称	※			
認定番号	第 - 号			
責任者氏名	2欄のプログラムを開始してから現在までの研修歴を全て記入			
備考	※プログラム責任者の所属施設(=基幹施設)が現在所属のプログラムと異なる場合は説明を加えてください			
4. これまでの総合診療専門研修/家庭医療後期研修プログラムでの研修歴				
番号	研修施設(病床数)および科	期間	内容	研修歴移行認定希望
例	〇〇病院(150床)・総合内科	2018/4~2018/6	総合 I	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
(1)				<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
(2)				<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
(3)				<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
(4)				<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
(5)				<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
(6)				<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
5. 今後の家庭医療専門研修プログラムでの研修予定 ※2欄のプログラムにおける研修予定も記載して下さい				
番号	研修施設(病床数)および科	期間	内容	プログラムの別
(1)	病院の場合は 病床数も記載			<input type="checkbox"/> 家庭 <input type="checkbox"/> 連動 <input type="checkbox"/> 総合
(2)				<input type="checkbox"/> 家庭 <input type="checkbox"/> 連動 <input type="checkbox"/> 総合
(3)				<input type="checkbox"/> 家庭 <input type="checkbox"/> 連動 <input type="checkbox"/> 総合
(4)				<input type="checkbox"/> 家庭 <input type="checkbox"/> 連動 <input type="checkbox"/> 総合
(5)				<input type="checkbox"/> 家庭 <input type="checkbox"/> 連動 <input type="checkbox"/> 総合
(6)				<input type="checkbox"/> 家庭 <input type="checkbox"/> 連動 <input type="checkbox"/> 総合
(7)				<input type="checkbox"/> 家庭 <input type="checkbox"/> 連動 <input type="checkbox"/> 総合
(8)				<input type="checkbox"/> 家庭 <input type="checkbox"/> 連動 <input type="checkbox"/> 総合
6. 家庭医療専門研修プログラム修了予定日				
20 年 月 日				

研修済みの総合診療専門研修 I または II について、新制度の家庭医療専門研修 I または II の研修歴として認定を希望する期間は“有”、そうでない期間は“無”

次のいずれかを記入  
総合 I、総合 II、内科  
小児科、救急、その他

4欄の研修歴に引き続き、2欄のプログラム及び新制度の家庭医療専門研修を修了するまでの研修予定を全て記入

病院の場合は  
病床数も記載

“総合診療専門研修 兼 家庭医療専門研修”の場合：  
“総合 I 兼家庭 I”または“総合 II 兼家庭 II”と記載  
それぞれ単独の場合：総合診療 I、II、家庭医療 I、II と記載  
2欄プログラムの内科、小児科、救急、その他も記載

家庭医療専門研修プログラム独自の研修は「家庭」を、総合診療専門研修 兼 家庭医療専門研修は「連動」を、総合診療専門研修プログラムのみに関する研修は「総合」を選んで下さい